

15554^а
Глубокоуважаемому Леодору Орестовичу
Евцукину въ знакъ сердечной признательности.
Изъ Глазной Клиники и искренняго уваженія
профессора О. О. Евцекаго въ Юрьевъ.
отъ
автора.

О заболѣваніяхъ глазъ при проказѣ.

ДИССЕРТАЦІЯ

на степені

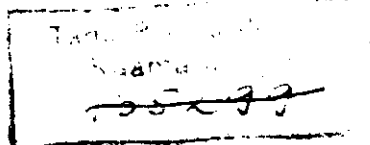
ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

И. Ю. Руберта,

младшаго врача 180-го пѣх. Вандольскаго полка.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Проф. В. Г. Цёге фонъ Мантейфель. — Проф. К. К. Дерю.
Проф. О. О. Евцекий.



Юрьевъ.

Типографія Шнакенбурга.

1903.

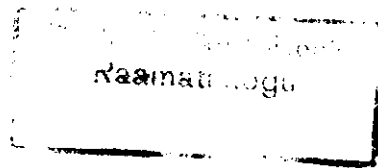
Печатано съ разрѣшенія Медицинскаго факультета Император-
скаго Юрьевскаго Университета.

Г. Юрьевъ, 6 Марта 1903 года.

№ 297.

Деканъ В. Курчинскій.

2
108142,



Введение.

Въ 1848 году появился классическій трудъ Danielssen'a и Boeck'a „Traité de la Spédalskhed“, съ котораго, собственно говоря, и началось изученіе измѣненій глаза при проказѣ, такъ какъ всѣ свѣдѣнія до указаннаго времени отличаются болѣе казуистическимъ характеромъ, неточностью и неспособностью описанія, почему они не имѣютъ особаго значенія. Норвежскіе авторы разсматриваютъ заболѣванія глаза при бугристой и анэстетической проказѣ, интересуясь, какъ и всѣ ихъ послѣдователи, преимущественно нервой. Главное вниманіе ихъ, какъ и слѣдовало ожидать, было обращено на видимыя не-воруженнымъ глазомъ лепромы глазного яблока. Развитіе ихъ, осложненія со стороны другихъ частей глаза, особенно радужки, окончательный исходъ лепромъ описаны талантливыми наблюдателями прямо мастерски.

Дальнѣйшія описанія появляются преимущественно также изъ Норвегіи. Вообще изслѣдователямъ этой страны почти всецѣло принадлежитъ заслуга ознакомленія насъ съ тѣми измѣненіями, которыя вызываетъ проказа въ глазу. Не мало потрудились надъ этимъ вопросомъ Kaarlin, Boeckmann и Hansen и Bull, особенно послѣдніе два. Результаты клиническихъ наблюденій этихъ двухъ ученыхъ, ихъ патолого-анатомическія изслѣдованія, изложенныя въ монографіи „The Ierrous diseases of the eye“ (1873), навсегда останутся цѣн-

нымъ достояніемъ науки. Большинство послѣдующихъ клиническихъ работъ по существу мало вводятъ чего либо новаго; онѣ или повторяютъ результаты Hansen'a и Bull'a или только разрабатываютъ вопросъ болѣе въ частности. Совершенно справедливо замѣчаетъ Philipsson по поводу этого труда: „при чтеніи работы норвежскихъ изслѣдователей сразу получаешь впечатлѣніе, что хорошія работы никогда не старѣютъ, а болѣе новыя по тому же вопросу даже сейчасъ послѣ ихъ появленія перѣдко должны быть оставлены безъ вниманія (ad acta gelegt).“

Изъ изслѣдователей другихъ странъ заслуживаютъ вниманія еще Lopez и Гуляницкій, а изъ новѣйшихъ Jeanselme и Morax.

Lopez въ 1890 году изслѣдовалъ на островѣ Кубѣ 45 прокаженных и вкратцѣ представилъ свои результаты, среди которыхъ можно найти не мало интересныхъ преимущественно казуистическихъ свѣдѣній.

Гуляницкій въ своей диссертациіи приводитъ подробныя исторіи болѣзни 44 паціентовъ, изслѣдованныхъ имъ въ 1892 году въ лифляндскихъ лепрозоріяхъ; помимо того, въ этой работѣ авторъ впервые старается дать, на основаніи тщательнаго изученія литературы, общую картину добытыхъ до него результатовъ. Всѣ остальные изслѣдователи какъ до, такъ и послѣ него литературы не затрогиваютъ, а излагаютъ только свои собственные наблюденія.

Jeanselme и Morax весьма подробно описываютъ 15 больныхъ съ измѣненіями глазъ, наблюдавшихся въ больницѣ Св. Людовика; далѣе они изслѣдовали одинъ глазъ микроскопически и особенно указали на эндогенный характеръ заболѣваній глазъ при проказѣ, находя въ нихъ немалое сходство съ сифилисомъ и туберкулезомъ.

Въ 1899 году появилась обширная работа норвежскаго окулиста Lyder Borthen'a, въ которой послѣдній излагаетъ только свои личныя долготѣнія офтальмологическія наблюденія надъ прокаженными. Треть работы занимаютъ общія ста-

тистическихъ свѣдѣній, а въ остальной слѣдуетъ описаніе отдѣльныхъ заболѣваній глазъ. Вторую меньшую половину сочиненія составляютъ патолого-анатомическія изслѣдованія Lie. Работа эта встрѣтила наилучшіе отзывы въ печати и признается теперь всѣми единственной въ своемъ родѣ. Со всѣми ея преимуществами, равно и недостатками, мы познакомимся еще ближе въ нашей работѣ, которая собственно и обязана своимъ возникновеніемъ появленію въ свѣтъ упомянутого труда ¹⁾.

Въ мѣстностяхъ, гдѣ проказа встрѣчается эндемически, какъ напр. въ нашихъ Прибалтійскихъ губерніяхъ, вопросъ объ изученіи лепрозныхъ заболѣваній глазъ является особенно интереснымъ для офталмолога. Многоуважаемый мой учитель профессоръ Евецкій, у котораго я имѣю честь состоять ассистентомъ съ конца 1900 года, обратилъ мое вниманіе на этотъ вопросъ, когда я обратился къ нему за темой для своей диссертации. Профессоръ Евецкій поставилъ мнѣ на видъ: во 1) полное отсутствіе монографической обработки даннаго предмета въ русской медицинской литературѣ; во 2) заманчивую возможность расширить наши знанія въ этой области науки; въ 3) проверку статистическихъ данныхъ Borthen'a и въ 4) изученіе патологической анатоміи лепрозныхъ заболѣваній глаза.

Будучи такимъ образомъ обязанъ профессору Евецкому темой и руководствомъ при разработкѣ ея, не могу при этомъ случаѣ также не вспомнить о тѣхъ цѣнныхъ, существенныхъ указаніяхъ и совѣтахъ, которыми я пользовался вообще въ бытность мою его ассистентомъ. Ему-же главнымъ образомъ я обязанъ возможностью состоять и въ настоящее время ассистентомъ при Юрьевской Глазной клиникѣ.

1) Въ этомъ краткомъ литературномъ очеркѣ я, не имѣя въ виду дать подробной исторіи ученія о лепрозныхъ пораженіяхъ глазъ, остановился только на самыхъ выдающихся работахъ. Возможно полный перечень литературы этого вопроса приложень въ концѣ предлагаемой диссертации.

Самой подходящей благодарностью поэтому я считаю посвященіе означеннаго труда своему многоуважаемому шефу профессору Θεодору Орестовичу Евенкому;

Со стороны глубокоуважаемаго профессора Карла Константиновича Дегіо я всегда встрѣчалъ полную готовность помочь мнѣ словомъ и дѣломъ. Ему единственно я обязанъ тѣмъ большимъ матеріаломъ, который во многихъ отношеніяхъ стоитъ выше до сихъ поръ изслѣдованнаго. За все это считаю своимъ долгомъ выразить профессору Дегіо свою глубокую благодарность и признательность.

Г. г. врачамъ, завѣдующимъ лѣтніими лепрозоріями, ф. Бѣргману, Гадилье, Кивулю, Коннелю, Паллопу и Сонецу, питающимъ самый живой интересъ къ моей работѣ и не мало содѣйствовавшимъ исполненію ея — мое сердечное спасибо!

Въ заключеніе припошу благодарность всѣмъ моимъ университетскимъ учителямъ, а въ особенности профессору Э. Гальману, ассистентомъ котораго я нѣкоторое время имѣлъ честь состоять.

Въ моей работѣ я постараюсь изложить и обсудить результаты, полученные при изслѣдованіи прокаженныхъ; при чемъ изъ исторій болѣзни будутъ приведены только тѣ, которыя окажутся необходимыми для выясненія предложеннаго мнѣ вопроса.

Все сочиненіе распадается на два главныхъ отдѣла — общую статистику и клинику. Первая занимаетъ сравнительно малую часть работы, наибольшее мѣсто удѣлено клинической картинѣ отдѣльныхъ заболѣваній, совместно съ которыми разсматривается довольно подробно и ихъ статистика.

Отъ патологической анатоміи, которую я первоначально также намѣревался ввести въ рамку моей задачи, влѣдствіе непредвидѣнныхъ и совершенно отъ меня не зависящихъ причинъ, я, къ сожалѣнію, долженъ былъ отказаться. Однако я успѣлъ собрать интересный и въ этомъ отношеніи матеріалъ, который въ недалекомъ будущемъ будетъ подробно изслѣдованъ.

I. Общая статистика.

Хотя у насъ въ Глазной клиникѣ не особенно рѣдко попадаются прокаженные въ числѣ другихъ амбулаторныхъ больныхъ, однако подобный матеріалъ мало пригоденъ для рѣшенія поставленной мнѣ задачи: онъ слишкомъ незначителенъ по численности больныхъ, но главный его недостатокъ тотъ, что эти прокаженные всегда больны глазами, слѣдовательно нельзя было получить представленій, напр. о частотѣ заболѣваній глазъ при прокажѣ. Такимъ образомъ пришлось, не пренебрегая клиническимъ матеріаломъ, обратить главное вниманіе на посѣщеніе лепрозорій. Въ теченіе іюли, августа и сентября 1901 г. я посѣтилъ и осмотрѣлъ всѣхъ призрѣвавшихся прокаженныхъ въ лепрозоріяхъ Вендена, Риги, Тарваста Ненналя и Юрьева. Последнюю лепрозорію я посѣщалъ нѣсколько разъ вслѣдствіе ея близости къ Юрьеву.

Мною было изслѣдовано всего 251 человекъ: 105 мужчинъ и 146 женщинъ. Изъ нихъ было 157 больныхъ бугристой формой, 90 человекъ пятнистой и 4 лица (1 мужчина и 3 женщины) у которыхъ форма проказы съ точностью не могла быть опредѣлена. Мужчинъ больныхъ бугристой проказой было 74, женщинъ — 83; мужчинъ больныхъ пятнистой формой — 30, женщинъ — 60.

Я буду придерживаться и въ дальнѣйшемъ изложеніи раздѣленія проказы на *Lepra tuberosa* и *Lepra maculo-anaesthetica*, какъ это принято въ Норвегіи и у врачей нашихъ лепрозорій съ профессоромъ Деріо во главѣ.

Каждая из упомянутых форм проказы характеризуется известными стадиями¹⁾. Когда имѣются только узлы или инфильтраты, то обозначаютъ болѣзнь какъ *Lepra tuberosa*. Въ дальнѣйшемъ теченіи, когда лепрозный процессъ захватываетъ нервы, и появляются анестезіи и трофическія измѣненія, *Lepra tuberosa* переходитъ въ слѣдующую стадію — *Lepra tuberoso-anaesthetica*.

Вторая форма проказы (*Lepra maculo-anaesthetica*) обозначается какъ *Lepra maculosa*, пока имѣются только пятна безъ трофическихъ разстройствъ со стороны мышцъ и костей и безъ анестезій на неизмѣненной кожѣ. Пятна должны быть строго отличаемы отъ едва возвышающихся надъ поверхностью кожи диффузно красныхъ или коричневатыхъ инфильтратовъ при бугристой проказѣ. Инфильтраты содержатъ бациллы массами, тогда какъ въ пятнахъ ихъ почти никогда не находятъ.

Когда къ пятнамъ присоединяются трофическія разстройства и распространенныя анестезіи, болѣзнь обозначаютъ какъ *Lepra maculo-anaesthetica*.

По исчезаніи узловъ или пятенъ, остаются только разстройства со стороны нервной системы, и тогда мы имѣемъ послѣднюю стадію проказы — *Lepra anaesthetica*.

Но и въ этомъ конечномъ періодѣ удастся почти всегда легко отличить одинъ видъ лепры отъ другого, такъ какъ при бугристой проказѣ полного исчезновенія инфильтратовъ, обыкновенно не наблюдается, кромѣ того существуютъ и другіе признаки свойственные каждой изъ обѣихъ формъ.

Подраздѣленіе на известные стадіи (*Lepra tuberosa*, *tuberoso-anaesthetica*, *anaesthetica*; *Lepra maculosa*, *maculo-anaesthetica*, *anaesthetica*) введенно въ нашихъ лепрозоріяхъ и было предложено докторомъ Конпельемъ, къ мнѣнію котораго присоединился и профессоръ Дегіо.

Означенная номенклатура имѣетъ цѣлью обозначать только известные стадіи болѣзни, но не отдѣльные ея виды. Строго кли-

1) См. Войтъ — Патолого-анатомическія изслѣдованія спинного мозга и периф. нервовъ при *Lepra maculo-anaesthetica*. Дисс. Юрьевъ 1898.

тически у насъ, какъ въ настоящее время и въ Норвегіи, признають двѣ основныя формы *Lepra tuberosa* и *Lepa maculo-anaesthetica*.

Различать два вида проказы съ свойственными каждому стадіямъ имѣть большое значеніе; благодаря этому устранивается то недоразумѣніе, которое существуетъ между отдѣльными авторами, смѣшивающими бугристую форму съ пятнистой — ошибка, которую совершаютъ и нѣкоторые офталмологи послѣдняго времени, работавшіе въ области проказы.

Разработкою статистическихъ данныхъ относительно взаимныхъ отношеній между проказою и зависящими отъ нея заболѣваніями глаза мы вполне обязаны Borthen'у. Превжіе авторы, изслѣдовавшіе меньшее число больныхъ, общей статистикой не занимались, всѣ ихъ свѣдѣнія ограничиваются только частотой заболѣваній глазъ при проказѣ вообще. Но Kaurin'у и Boeckmann'у около $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$, всѣхъ больныхъ страдаютъ глазами, что подтверждаетъ также Гуляницкій (75,9%), а по словамъ Loret'a, пораженіе глазъ при лепрѣ наблюдается еще чаще. Что касается вліянія пола, формы проказы, продолжительности болѣзни и т. д., то авторы этими вопросами почти не занимаются; только Borthen при своихъ статистическихъ изслѣдованіяхъ, простиравшихся больше, чѣмъ на 400 человекъ, сталъ обращать на всѣ эти моменты должное вниманіе и представилъ намъ въ этомъ отношеніи не мало интересныхъ результатовъ.

Для большей наглядности, я позволю себѣ приводить послѣдніе, помѣщая ихъ въ скобкахъ подъ моиими добытыми по тому же принципу числовыми данными.

Въ виду того, что у 15 человекъ лепрозный характеръ заболѣваній съ положительностью не могъ быть опредѣленъ, такъ какъ имѣлись измѣненія и съ другой этиологіей, то моя общая статистика простирается только на 236 человекъ: 101 мужчина и 135 женщинъ. Изъ этого числа больныхъ бугристой формой проказы было 148, больныхъ пятнистой формой — 85 и неопредѣленной формой — 3. Въ этой статистикѣ, какъ и

во всѣхъ другихъ сдѣланныхъ до сихъ поръ вообще, разсматриваются только болѣзни наружнаго глаза и его придаточныхъ органовъ, къ которымъ относятся вѣки и брови; послѣдними занимается лишь Borthen, и я, съ своей стороны, удѣлю имъ мѣсто только въ общей статистикѣ, насколько это мнѣ является необходимымъ для обсужденія его результатовъ; въ клинической же части онѣ не разсматриваются. Что касается глубокихъ внутриглазныхъ измѣненій, то это вопросъ покуда еще спорный и многими прямо игнорируется; ближе съ ними читатель познакомится въ концѣ этой работы.

Теперь же приступимъ къ изученію нашихъ результатовъ, которые распредѣляются слѣдующимъ образомъ.

Таблица I.

а = съ здоровыми глазами.

б = съ измѣненіями однихъ придаточныхъ органовъ.

в = съ измѣн. придаточныхъ органовъ и глазного яблока.

г = съ измѣненіями одного только глазного яблока.

A. *Lepra tuberosa*.

М у щ и н ы :

а) 4 = 5,63%. б) 13 = 18,3%. в) 51 = 71,83%. г) 3 = 4,22%.
(2 = 1,67%) (34 = 28,33%) (84 = 70%) —

Ж е н щ и н ы :

а) 3 = 3,89%. б) 8 = 10,38%. в) 65 = 84,41%. г) 1 = 1,3%.
(8 = 8,08%) (25 = 25,25%) (66 = 66,67%) —

Всего мужчинъ 71 и женщинъ 77.

(120) (99)

B. *Lepra maculo-anaesthetica*.

М у щ и н ы :

а) 13 = 44,82%. б) 3 = 10,34%. в) 12 = 41,36%. г) 1 = 3,44%.
(26 = 28,8%) (12 = 12,37%) (59 = 60,82%) —

Женщины:

а) 36 = 64,28%. б) 4 = 7,14%. в) 16 = 28,56%.
 (55 = 36,83%) (23 = 18,3%) (62 = 44,87%)

Всего мужчинъ 29 и женщинъ 56.

(97) (140)

С. Неопредѣленная форма.

2 женщины: 1 съ измѣненіями яблока.

1 " " " и придаточныхъ органовъ.

1 мужчина съ измѣненіями яблока.

Д. Было вообще**Мужчинъ:**

а) 17 = 16,83%
 (28 = 12,9%)
 б) 16 = 15,84%
 (43 = 19,81%)
 в) 63 = 62,37%
 (146 = 67,28%)
 г) 5 = 4,95%

101 = 99,99%

Женщинъ:

а) 39 = 28,88%
 (63 = 26,36%)
 б) 12 = 8,88%
 48 = 20,08%
 в) 82 = 60,74%
 (128 = 53,56%)
 г) 2 = 1,48%

135 = 99,98%.

Е. Было вообще

а) 56 = 23,33%
 (91 = 19,95%)
 б) 28 = 11,86%
 (19 = 19,95%)
 в) 145 = 61,44%
 (274 = 60,09%)
 г) 7 = 2,96%

236 = 99,59%.

Т а б л и ц а III.
Lepra maculo-anaesthetica.

Продолжительность проявл.			М у щ и н ы.			Ж е н щ и н ы.		
а.	б.	в и г.	а.	б.	в и г.	а.	б.	в и г.
1-ое десятилетіе.	7 = 70% (10 = 40%)	1 = 10% (4 = 16%)	2 = 20% (11 = 44%)	23 = 69,69% (5 = 20%)	3 = 9,1% (4 = 16%)	2 = 33,33% (7 = 21,21%)	1 = 16,16% (5 = 15,15%)	3 = 50% (21 = 63,63%)
2-ое десятилетіе.	1 = 33,33% (7 = 21,21%)	1 = 16,16% (5 = 15,15%)	3 = 50% (21 = 63,63%)	7 = 46,66% (13 = 41,83%)	1 = 6,29% (4 = 13,79%)	2 = 46,66% (12 = 41,38%)	7 = 46,66% (12 = 41,38%)	3 = 50% (21 = 63,63%)
3-ье десятилетіе.	1 = 33,33% (4 = 21,05%)	— (1 = 5,26%)	2 = 66,66% (14 = 73,68%)	1 = 33,33% (5 = 37,83%)	— (5 = 13,53%)	2 = 66,66% (18 = 48,64%)	— (18 = 48,64%)	2 = 66,66% (18 = 48,64%)
4-ое десятилетіе.	1 = 16,66% (2 = 16,66%)	— (1 = 8,33%)	— (9 = 75%)	— (5 = 20,83%)	— (4 = 16,67%)	— (15 = 62,5%)	— (15 = 62,5%)	— (15 = 62,5%)
5-ое десятилетіе.	1 = 30% (3 = 50%)	— (3 = 50%)	— (3 = 50%)	— (5 = 31,25%)	— (2 = 12,5%)	— (9 = 56,25%)	— (9 = 56,25%)	— (9 = 56,25%)
6-ое десятилетіе.	1 = 30% (1 = 50%)	— (1 = 50%)	— (1 = 50%)	— (2 = 22,22%)	— (3 = 33,33%)	— (4 = 44,44%)	— (4 = 44,44%)	— (4 = 44,44%)

Т а б л и ц а II.
Lepra tuberosa.

Продолжительность проявы.	М у щ и н ы.			Ж е н щ и н ы.		
	а.	б.	в и г.	а.	б.	в и г.
1-ое десятилетіе	1 = 2,17% (2 = 2,67%)	12 = 26,08% (30 = 40%)	33 = 71,73% (43 = 57,33%)	3 = 6,25% (3 = 5,77%)	7 = 14,58% (20 = 38,4%)	38 = 79,16% (29 = 55,77%)
2-ое десятилетіе	2 = 10% —	1 = 5% (3 = 9,37%)	17 = 85% (29 = 96,63%)	— (1 = 3,7%)	— (3 = 11,11%)	17 = 100% (23 = 85,18%)
3-ье десятилетіе	— —	— (1 = 12,5%)	— (7 = 87,5%)	— (3 = 23,08%)	— (1 = 6,67%)	3 = 100% (6 = 62,23%)
4-ое десятилетіе	— —	— —	— (4 = 100%)	— (1 = 14,28%)	— (1 = 14,28%)	1 = 100% (5 = 47,17%)
5-ое десятилетіе	— —	— —	— (1 = 100%)	— —	— —	— —

Изъ таблицы I. ясно видно, что при пятнистой формѣ глазныя заболѣванія встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ при бугристой, и въ особенности у женщинъ. При бугристой проказѣ полъ повидимому роли не играетъ, между тѣмъ какъ Borthen напелъ, что женщины находятся въ болѣе благопріятныхъ условіяхъ, чѣмъ мужчины при этомъ видѣ проказы (8,08% : 1,67%). Однако эта процентная разность мнѣ кажется довольно незначительной, чтобы согласиться съ его мнѣніемъ, тѣмъ болѣе, если еще принять во вниманіе измѣненія яблока, которыя собственно и служатъ критеріемъ тяжести случая (70% : 66,67%). Въ моихъ случаяхъ женщины, по крайней мѣрѣ, болѣли чаще мужчинъ, и болѣзнь имѣла у нихъ болѣе тяжелый характеръ.

Разсматривая далѣе наши таблицы, мы видимъ, что бугристая форма захватила немного больше жертвъ, чѣмъ у Borthen'a, пятнистая же наоборотъ нѣсколько менѣе; поэтому въ общемъ выводѣ (Таб. I, D и E.) получились почти одинаковыя данныя, что особенно бросается въ глаза при подведеніи окончательнаго итога (Таб. I, E.); такъ отношеніе для лицъ съ здоровыми глазами равнялось 23,33% : 19,95%, а для тѣхъ, которые имѣли измѣненія яблока и придаточныхъ органовъ, оно доходило до 61,44% : 60,09%.

Если исключить изъ общей статистики случаи съ пораженіемъ однихъ бровей, какъ это дѣлалось остальными авторами, то получимъ, что число больныхъ съ здоровыми глазами составляетъ 26,27%, — величина, вполнѣ согласующаяся съ прежними статистиками (Kauzin, Voessmann, Гуляницкій и др.), по которымъ $\frac{2}{3}$ — $\frac{3}{4}$ всѣхъ прокаженныхъ страдают глазами. И такъ изъ всего сказаннаго мы должны заключить, что процентъ заболѣванія глазъ при лепрѣ есть величина болѣе или менѣе постоянная и равняется приблизительно семидесяти пяти процентамъ.

Что касается таблицъ II и III, то довольно крупная часть моихъ больныхъ вслѣдствіе невозможности опредѣленія у нихъ продолжительности проказы не могла войти въ ихъ составъ. Но

не смотря на все это, изъ приведенныхъ фактовъ ясно вытекаетъ во 1) что глаза поражаются при лепрѣ довольно рано, и ни въ какомъ случаѣ только въ позднихъ ея стадіяхъ; во 2) что процентъ заболѣваній постепенно и постоянно увеличивается съ теченіемъ времени, при чемъ у женщинъ съ бугристой проказой онъ во второмъ десятилѣтіи уже достигаетъ ста, каковымъ и остается.

Мнѣнія Borthen'a, будто при бугристой лепрѣ въ третьемъ, а при пятнистой въ пятомъ десятилѣтіи число глазныхъ больныхъ значительно уменьшается, а въ слѣдующемъ десятилѣтіи опять увеличивается, и на основаніи своихъ данныхъ, подтвердить не могу; пациентовъ въ такихъ позднихъ стадіяхъ было у меня весьма мало, а въ нѣкоторыхъ группахъ они совершенно отсутствовали. Но какъ бы то ни было, слова Borthen'a во всякомъ случаѣ еще нуждаются въ дальнѣйшемъ подтвержденіи. На основаніи столь незначительнаго числа больныхъ, какъ напр. муцинъ, дѣлать такіе положительные выводы мнѣ кажется немного рискованнымъ. Что дѣйствительно въ 4-омъ, 5-омъ и 6-омъ десятилѣтіяхъ пятнистой проказы могутъ встрѣчаться больные съ совершенно здоровыми глазами, объ этомъ свидѣлствуютъ мои результаты, полученные при изслѣдованіи муцинъ этой формы (Таб. III.) Но я совершенно далекъ отъ утвержденія, что въ этихъ стадіяхъ процентъ глазныхъ болѣзней равняется нулю, — изъ единичныхъ случаевъ нельзя дѣлать правильнаго заключенія

II. Клиническая часть.

1. В ѣ н и.

а) Литературныя данныя.

Вѣки, какъ извѣстно, по своему происхожденію, должны быть разсматриваемы, какъ измѣненныя кожныя складки. Поэтому и тѣ измѣненія, которыя вызываетъ проказа на вѣкахъ, въ общемъ, должны имѣть большое сходство съ таковыми на кожѣ; уклоненія въ ту или другую сторону обусловливаются анатомическою особенностью первыхъ.

Къ изученію тѣхъ явленій, которыя вызываютъ оба вида проказы на вѣкахъ, мы теперь и приступимъ.

Lepra tuberosa. — Какъ въ другихъ областяхъ организма, такъ и въ вѣкахъ отложеніе лепрозной ткани при *Lepra tuberosa* является въ двухъ формахъ, или подъ видомъ разлитого инфильтрата, или такъ называемаго лепрознаго узла. Но весьма часто такая строгая граница между ними не можетъ быть проведена; переходовъ отъ диффузнаго инфильтрата къ болѣе или менѣе ограниченному узлу существуетъ не мало. Иногда упомянутыя образованія чередуются у одного и того же лица, а часто даже на одномъ и томъ же вѣкѣ; еще чаще можно встрѣчать отдѣльные мѣлиарные узелки, сидящіе на инфильтратѣ. Лежатъ означенныя лепрозные новообразованія въ кожѣ (*cutis*), откуда они часто распространяются на подкожную клетчатку. По изслѣдованіямъ

Derio, упомянутые диффузные инфильтраты главнымъ образомъ и обусловлены локализацией новообразованной ткани въ подкожной клетчаткѣ. На вѣкахъ же лепрозный процессъ нерѣдко проникаетъ въ глубь и способенъ занять всю ихъ толщю (Borthen). Излюбленной локализацией инфильтратовъ являются свободные края вѣкъ; при чемъ края верхнихъ оказываются чаще и сильнѣе пораженными. Иногда инфильтратъ можетъ занять все вѣко, а въ нѣкоторыхъ болѣе рѣдкихъ случаяхъ даже войти въ связь съ лепрозною опухолью бровей (Borthen).

Что касается узловъ, то локализация ихъ, какъ и численность, можетъ быть весьма различна. Чаще всего они тоже появляются на свободномъ краю вѣкъ, обыкновенно по одному, рѣдко въ большемъ числѣ. Нѣкоторые авторы (Aza vedo Lima, Borthen) иногда замѣчали даже нѣкоторую симметричность въ расположеніи этихъ опухолей. Величина узловъ сильно колеблется, доходитъ обыкновенно до горошины или лѣсного орѣха. Присутствіе значительнаго числа узловъ въ верхнемъ вѣкѣ иногда можетъ быть причиною неполнаго ptosis'a (Lopez). Въ общемъ, инфильтраты и узлы вѣкъ сами по себѣ большимъ непріятнаго ощущенія обыкновенно не причиняютъ (Гуляницкій).

Заболѣваютъ вѣки при узловой формѣ, какъ правило, въ первые два года послѣ начала общей болѣзни. Если они въ этотъ промежутокъ времени не были поражены, то можетъ случиться, что даже по истеченіи восьми лѣтъ ихъ можно застать здоровыми. У одного пациента наступили измѣненія въ вѣкахъ (иринуханіе свободного края) только на тринадцатомъ году проказы (Borthen).

Лепрозные продукты, достигши полнаго своего развитія, могутъ въ такомъ состояніи оставаться много лѣтъ, пока не наступитъ въ нихъ явленіе регрессивнаго метаморфоза. Въ благопріятномъ случаѣ они могутъ окончательно всосаться, не оставляя никакого слѣда послѣ себя (Jeanselme и Morax), однако чаще всего захваченныя ткани сильно атрофируются и сморщиваются, отчего приходится наблюдать всевозможныя

картины обезображивація. Нагляднымъ примѣромъ чего можетъ служить случай Borthen'a (Tab. XV), въ которомъ наружная половинна вѣка была совершенно откинута къ орбитальному краю, а другая въ обратную сторону внизъ. Сказанное относится, какъ къ инфильтратамъ, такъ и язвѣ; но послѣдніе помимо того иногда имѣютъ еще другой исходъ. Въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ въ нихъ наблюдается размягченіе, начинающееся тогда съ центра (Hansen и Bull), но чаще они изъязвляются, и это, какъ кажется, у нѣкоторыхъ авторовъ считается за правило (Carron de Villards, Hansen и Bull, Pollock), другіе же язвы на вѣкахъ никогда не встрѣчали и признаютъ ихъ за большую рѣдкость (Гуляницкій, Jean-selme и Mogaх, Neve). Carron de Villards приводитъ случай, въ которомъ язвенный процессъ не ограничился одной кожей, но, на подобіе „ulcus erodens“, перешелъ и на глубокія части вѣкъ и въ концѣ концовъ оставилъ одну только конъюнктиву („L'oeil n'est alors préservé que par un grand bourrelet muqueux“). Такой исходъ, по мнѣнію автора, не представляетъ рѣдкости. Другой подобный случай, гдѣ у больного всѣ четыре вѣка почти совершенно пропали отъ такой же причины, упоминается у Pollock'a. Причину такихъ злокачественныхъ язвъ, по мнѣнію Carron de Villards'a, слѣдуетъ искать въ облитерации малыхъ артерій, питающихъ вѣко. Подобные прогрессирующие язвенные процессы, которыхъ не удастся остановить никакими средствами, конечно не могутъ не отзываться на органъ зрѣнія, и послѣднему нерѣдко въ этихъ случаяхъ грозитъ слѣпота. Но и при язвахъ менѣе злокачественныхъ, имѣющихъ болѣе стаціонарный характеръ, замѣчается нѣблизкій рядъ вредныхъ послѣдствій. Язвы сами по себѣ уже вызываютъ у больныхъ всякаго рода непріятныя ощущенія; далѣе, онѣ могутъ служить мѣстомъ выдѣренія микроорганизмовъ и такимъ образомъ являться почвой для развитія общей инфекціи (Воескмянн¹). Съ заживленіемъ

1) Цитир. по дисс. Гуляницкаго р. 15.

язвъ и образованіемъ рубцовъ опасность для глаза еще не миновала. Все зависитъ отъ величины, глубины и направленія рубцовъ; *ectropium*, *lagophthalmus*, *trichiasis* часто являются слѣдствіемъ ихъ (Pollock).

Не только періодъ регрессивнаго метаморфоза характеризуется непріятными осложненіями; уже съ самого начала появленія проказы на вѣкахъ, еще въ то время, когда ее можно констатировать только подъ микроскопомъ, она начинаетъ проявлять свое вредное дѣйствіе. Лепрозные элементы, отлагаясь на краю вѣка вокругъ волосяныхъ мѣшечковъ рѣсницъ, вызываютъ въ первыхъ разстройства нитанія и въ концѣ концовъ ведутъ къ полной ихъ атрофіи; вполне естественно, что при такихъ условіяхъ должны страдать и рѣсницы.

На тѣсную связь между инфильтратомъ краевъ вѣкъ и состояніемъ рѣсницъ особое вниманіе обращаетъ Гуляницкій. Во всѣхъ случаяхъ, въ которыхъ можно было констатировать утолщеніе вѣкъ, число рѣсницъ было болѣе или менѣе уменьшено. Этотъ *madarosis* авторъ видѣлъ въ 36 случаяхъ, простое же утолщеніе вѣкъ только въ 25. У остальныхъ 11 больныхъ, у которыхъ повидимому *madarosis* существовалъ самостоятельно при отсутствіи инфильтрата, микроскопически навѣрно, по мнѣнію Гуляницкаго, можно было бы найти лепрозныя измѣненія вѣкъ. Нагляднѣе всего проявлялось отношеніе опухоли къ рѣсницамъ на вѣкахъ съ неравномѣрной инфильтраціей, гдѣ въ мѣстахъ утолщенныхъ онѣ отсутствовали или были весьма малочисленны и атрофированы, а въ прочихъ нормальны (Гуляницкій). Но прежде чѣмъ рѣсницы выпадаютъ онѣ подвергаются цѣлому ряду атрофическихъ измѣненій. Онѣ перестаютъ расти, нормальный ихъ цвѣтъ исчезаетъ, онѣ становятся сухими, сморщиваются, весьма легко ломаются и наконецъ выпадаютъ. Выпаденіе рѣсницъ, по Carron de Villards'у, одинъ изъ первыхъ и самыхъ постоянныхъ симптомовъ проказы и констатируется въ 95%. Полное или почти полное отсутствіе рѣсницъ Worthen видѣлъ въ 33% и постоянно на всѣхъ четырехъ вѣкахъ. Рѣдко дѣло ограничивается частичнымъ ис-

чезновеніемъ рѣсницъ; разъ проказа захватила вѣко, рано или поздно наступаетъ полный *madarosis*.

Лепра, не довольствуясь рѣсницами, перѣдко переходитъ на окончанія нервовъ, развѣтвляющихся въ вѣкѣ и вызываетъ разстройства другого рода. Гуляницкій въ случаяхъ, гдѣ инфильтрація ясно была выражена, всегда могъ констатировать извѣстное пониженіе болевой и тактильной чувствительности. Переходы на концы лицевого нерва, процессъ можетъ обусловить параличъ послѣдняго, прямыми слѣдствіями чего являются *lagophthalmus* и *ectropium*, могущіе имѣть серьезное значеніе для глазъ. Съ этими явленіями мы познакомимъ подробнѣе при пятнистой формѣ проказы.

Lepra maculo-anaesthetica. — Клиническое наблюденіе (Legio¹) учитъ, что при *Lepra maculo-anaesthetica* прежде всего появляются на кожѣ типическія пятна, которыя уже съ самого начала сопровождаются болѣе или менѣе выраженной анестезіей (см. стр. 34). Впослѣдствіи она констатируется и въ другихъ мѣстахъ, на которыхъ пятенъ нѣтъ и не было. Затѣмъ наступаютъ дегенеративныя измѣненія мышцъ и за ними всякаго рода другія трофическія измѣненія.

Что касается перваго симптома т. е. пятенъ, то Гуляницкій ихъ ни разу не видѣлъ на вѣкахъ, *Jean selme* и *Морах* возможности ихъ появленія не отвергаютъ, остальные авторы, включая туда и *Borthen'a*, объ этомъ вопросѣ умалчиваютъ. Только у *Azavedo Lima* и *Воеckmann'a*²) мы встрѣчаемъ нѣсколько указаній на возможность ихъ появленія, но изъ этихъ указаній достаточно явствуетъ, что авторы принимали за пятна плоскіе инфильтраты при узловатой формѣ, такъ какъ они утверждаютъ, что изъ означенныхъ пятенъ могутъ образоваться узлы. Слѣдовательно, вопросъ относительно пятенъ на вѣкахъ при *Lepra maculo-anaesthetica* остается еще нерѣшеннымъ.

Что же касается измѣненія чувствительности, то только *Lopez* немного затрогиваетъ этотъ вопросъ. По его мнѣнію,

1) *Dehio*. — *Lepraconferenz*. 1897. Berlin Bd. II. p. 85.

2) Цитир. по Гуляницкому p. 13.

появленіе анэстетическихъ участковъ считается первымъ симптомомъ ихъ заболѣванія и по времени совпадаетъ съ появленіемъ самыхъ раннихъ признаковъ проказы на другихъ частяхъ тѣла. Эти участки слегка измѣнены въ цвѣтъ и уколами иглы удобно удастся опредѣлить ихъ границы; далѣе, въ этихъ мѣстахъ температурное чувство понижено и, вслѣдствіе исчезновенія железястыхъ элементовъ кожи, послѣдняя является сухой и получаетъ матовый видъ (Lopez).

Когда лепрозный процессъ поражаетъ конечныя вѣтви п. *facialis*, снабжающія м. *orbicularem palr.*, въ послѣднемъ наступаютъ дегенеративныя измѣненія, нерѣдко влекущія за собою *lagophthalmus* и *ectropium* (Lopez). Предвѣстиякомъ перваго еще задолго до его появленія бываютъ иногда отдѣльныя періодическія фибриллярныя подергиванія въ нижнемъ вѣѣ (Hansen и Bull). Затѣмъ, по истеченіи нѣкотораго промежутка времени, наступаетъ періодъ „скрытаго *lagophthalmus*“а. Если въ этой стадіи заставить больного закрыть глаза, то онъ, благодаря болѣе усиленной функціи оставшихся еще здоровыми волоконъ м. *orbicularis*, безупречно исполнить требованіе, и намъ не удастся констатировать ни малѣйшаго слѣда заболѣванія. Но если принудить того же самаго больного закрыть глаза безъ всякаго усилія, какъ бы для сна, то тотчасъ мы замѣтимъ, что вѣки внутри не соприкасаются и между ними образуется небольшая щель. Затѣмъ съ теченіемъ времени эта щель по направленію къ наружному углу все болѣе увеличивается и становится шире, пока наконецъ при полномъ параличѣ она въ серединѣ или ближе кнутри достигаетъ ширины около 4—5 милл.; рѣдко широкое мѣсто приходится въ наружной половинѣ щели (Borther). Въ подобныхъ случаяхъ, не смотря на всѣ усилія больного, вѣки не могутъ быть совершенно сомкнуты. Пациентъ, пытаясь это сдѣлать, поднимаетъ глазное яблоко вверхъ, попеременно передвигая его то вправо, то влево, какъ бы ища убѣжища для роговицы. Обыкновенно это вполнѣ ему не удается, и нѣкоторая часть роговой оболочки остается неприкрытой, особенно ночью. Эпителій начинаетъ высыхать,

утолщаться, и получается часто встречаемая у этих больных картина, носящая название *Keratitis e lagophthalmo*. О ней рѣчь будетъ ниже при заболѣваніяхъ роговицы.

Иногда при *lagophthalmus*'ѣ наблюдается легкій *ptosis* верхняго вѣка. По мнѣнію *Borthen*'а, причина здѣсь лежитъ въ общемъ ослабленіи организма съ пониженнымъ тонусомъ въ *m. levat. palp.* и *m. tars. sup.* Въ противоположность сказанному можетъ случиться, что глазная щель начинаетъ расширяться не только внизъ, но и вверхъ, ослѣдя такимъ образомъ всю роговицу и большую часть склеры обнаженными. Объясняется данное явленіе главнымъ образомъ атрофіей, которой при долго длящихся паретическихъ состояніяхъ подвергаются всѣ ткани вѣкъ. При этой атрофіи происходитъ сильное сморщиваніе послѣднихъ съ послѣдовательнымъ расширеніемъ глазной щели (*Borthen*).

Но въ большинствѣ случаевъ *lagophthalmus*'а нижнее вѣко не остается въ соприкосновеніи съ глазнымъ яблокомъ, мало по малу оно начинаетъ удаляться отъ него и выворачивается. Процессъ этотъ также начинается съ внутренняго угла, и исходомъ является полный *ectropium paralyticum*, превосходящій своими размѣрами, по мнѣнію *Ragins* и *d*, паралитическіе вывороты вслѣдствіе другихъ причинъ.

Время появленія *lagophthalmus*'а не связано съ какимъ-либо моментомъ общаго заболѣванія, онъ можетъ обнаружиться какъ на первомъ году проказы, такъ и по истеченіи сорока двухъ лѣтъ. Мужчины повидимому заболѣваютъ имъ раньше и чаще (70%) женщинъ (60%) (*Borthen*).

Закончивая описаніе вѣкъ при *Lepa maculo-anaesthetica*, необходимо сказать нѣсколько словъ еще объ измѣненіяхъ рѣсницъ при этой формѣ проказы. Какъ явствуетъ изъ работы *Borthen*'а, онѣ по частотѣ занимаютъ видное мѣсто въ патологіи вѣкъ. На 87 больныхъ приходилось 66 человекъ (75,86%) съ болѣе или менѣе измѣненными рѣсницами. Болѣзнь состоитъ, какъ при узловатой проказѣ, въ атрофіи и выпаденіи ихъ. Изъ результатовъ упомянутаго автора видно,

что въ большей половинѣ изслѣдованныхъ случаевъ были поражены рѣсницы только нижнихъ вѣкъ; случаевъ, въ которыхъ измѣненія ограничивались бы только верхними вѣками, не было. Затѣмъ въ случаяхъ, гдѣ рѣсницы были затронуты на всѣхъ вѣкахъ, всегда одновременно существовали измѣненія въ областяхъ, прилежащихъ къ глазу. Тоже, за весьма немногими исключеніями, наблюдалось и въ тѣхъ случаяхъ, когда поражение рѣсницъ ограничивалось только нижними вѣками.

Причину заболѣванія рѣсницъ Lie видитъ въ чрезвычайно часто встрѣчающемся при проказѣ конъюнктивитѣ; по мнѣнію же Leloir'a, выпаденіе рѣсницъ должно быть отнесено къ числу трофическихъ измѣненій.

Послѣ этихъ свѣдѣній относительно измѣненій рѣсницъ при *Lepa maculo-anaesthetica* намъ должно казаться страннымъ, что почти всѣ другіе авторы, работавшіе по этому вопросу, объ упомянутомъ разстройствѣ умалчиваютъ. Только у Danielssen'a и Boeck'a и Leloir'a мы при описаніи тяжелыхъ случаевъ *lagophthalmus*'а между прочимъ встрѣчаемъ весьма краткую замѣтку объ отсутствіи рѣсницъ („Les cils sont tombés“). Итакъ вопросъ объ измѣненіяхъ рѣсницъ при пятнистой проказѣ, какъ видно, поднятъ недавно только Vogt'en'омъ и требуетъ провѣрки.

б) Собственные изслѣдованія.

На измѣненія вѣкъ было изслѣдовано 234 больныхъ; изъ нихъ мужчинъ 103 и женщинъ 131. Больныхъ узловатой формой было 146, пятнистой 85, въ 3 случаяхъ видъ проказы съ точностью не могъ быть опредѣленъ. Всего было мною изслѣдовано 251 больной, изъ которыхъ 157 имѣли узловатую форму проказы, 90 — пятнистую и у 4 нельзя было опредѣлять вида болѣзни. Въ этомъ числѣ находилось 30 пораженныхъ одновременно и трахомой. Во всѣхъ тѣхъ случаяхъ, когда нельзя было рѣшить съ увѣренностью, какая причина вызвала то или другое заболѣваніе вѣка, лепра или трахома, я счелъ нужнымъ исключить трахоматозныхъ изъ общаго числа мною изслѣдо-

ванныхъ больныхъ. Въ другихъ случаяхъ, когда трахома очевидно не имѣла этиологическаго значенія (напр., при lagophthalmus), я ихъ не выключалъ.

У 151 больного вѣки были поражены проказой, что составляетъ 64,53% изслѣдованныхъ больныхъ. Ближе мы познакомимся съ этими результатами при разсмотрѣннн каждой формы проказы въ отдѣльности.

Lepra tuberosa. — Специфическихъ измѣненій глазъ при узловатой формѣ не было найдено у 14 человекъ (9 мужчинъ и 5 женщинъ), т. е. въ 9,58%. Здоровыя вѣки встрѣтились въ 32 случаяхъ (20 муж. и 12 женщ.) или въ 21,91%, у 18 изъ нихъ имѣлось специфическое пораженіе глазного яблока. Въ 16 случаяхъ были захвачены единственно вѣки. Въ числѣ изслѣдованныхъ 146 больныхъ было 114 съ измѣненіями со стороны вѣкъ, 116 со стороны глазного яблока, а у 132 человекъ глаза вообще были поражены лепрой. У мужчинъ вѣки были болѣе въ 73%, у женщинъ въ 83%. Далѣе мы видимъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ, въ которыхъ проказа успѣла перейти на глазное яблоко, одновременно существовало и заболѣваніе вѣкъ.

Поражаются ли чаще вѣки или же самъ глазъ, изъ результатовъ нашихъ изслѣдованій сказать трудно, такъ у 16 человекъ были одни только вѣки болѣе, у 18 одно только глазное яблоко; далѣе, у 114, какъ мы уже упомянули, были вообще измѣненія со стороны вѣкъ, а у 116 со стороны глазного яблока. Но во всякомъ случаѣ мнѣніе, будто разстройства вѣкъ постоянно предшествуютъ заболѣваніямъ яблока, а такого мнѣнія многіе авторы, должно считаться ошибочнымъ. Относительно времени заболѣванія вѣкъ я не могу согласиться съ Borthen'омъ, по словамъ котораго вѣки, какъ правило, должны заболѣвать въ первые два года болѣзни и ни въ коемъ случаѣ съ изслѣдователями, относящими измѣненія вѣкъ къ числу самыхъ первыхъ признаковъ проказы, появляющихся одновременно съ таковыми на кожѣ остальнаго тѣла. Напротивъ, при разработкѣ нашего матеріала можно было констатировать, что только съ теченіемъ

времени число пациентов съ здоровыми вѣками уменьшается, и это уменьшеніе идетъ постепенно въ болѣе или менѣе правильной арифметической прогрессіи: въ первые 5 лѣтъ проказы съ здоровыми вѣками было 33% (34,3%), во второе пятилѣтіе 23%, въ третье 13% (12,5%) а по прошествіи 15 лѣтъ — 3%. Сюда относится также больной № 180, у котораго вѣки даже на 22-омъ году проказы оказались совершенно здоровыми.

Отложеніе лепрозной ткани почти у всѣхъ нашихъ больныхъ являлось подъ видомъ разлитого инфильтрата и чаще всего по всему рѣсничному краю верхнихъ вѣкъ (35 случаевъ). Инфильтрація была въ большинствѣ случаевъ равномерная и на обоихъ вѣкахъ въ одинаковой степени; только въ двухъ случаяхъ средняя треть была инфильтрована сильнѣе, а въ одномъ наружная половина вѣкъ. Въ двухъ случаяхъ на инфильтратахъ сидѣло нѣсколько незначительныхъ узловъ. Кожа на мѣстѣ инфильтратовъ всегда была нормальнаго цвѣта, только въ случаѣ № 31, гдѣ съ недѣлю назадъ наступило обостреніе лепрознаго процесса, и выступали бугры въ большомъ количествѣ на лицѣ, было замѣтно довольно значительное припуханіе и краснота лѣваго верхняго вѣка.

Полную инфильтрацію верхнихъ вѣкъ (т. е. не только одного ихъ края) можно было найти у 25 больныхъ, при чемъ въ половинѣ случаевъ особенно сильно были утолщены рѣсничные края; у двухъ пациентовъ инфильтрація сильнѣе выступала въ наружной половинѣ, у одного въ внутренней. Процессъ на обоихъ вѣкахъ обыкновенно былъ одинаково выраженъ. Въ четырехъ случаяхъ инфильтратъ осложнился присутствіемъ узловъ.

У трехъ больныхъ оба верхнихъ вѣка были диффузно утолщены только въ наружныхъ половинахъ; у одного была захвачена только наружная половина лѣваго, у другого наружная половина праваго верхняго вѣка.

Край нижнихъ вѣкъ представлялись инфильтрованными только въ четырехъ случаяхъ, и при этомъ всегда существовали подобныя же измѣненія и на верхнихъ вѣкахъ.

Разлитое утолщеніе всѣхъ вѣвъ, какъ верхнихъ, такъ и нижнихъ, было констатировано у 13 человекъ, при чемъ опять, какъ правило, верхнія были сильнѣе затронуты; на каждомъ же вѣкѣ рѣсничный край обыкновенно оказывался болѣе инфильтрованнымъ. Въ трехъ случаяхъ инфильтратъ комбинировался съ узлами

Что касается узловъ, то повидимому они встрѣчаются здѣсь гораздо рѣже инфильтратовъ; я нашелъ ихъ на вѣкахъ только у тринадцати больныхъ. Располагались они: у четырехъ пациентовъ только на одномъ верхнемъ вѣкѣ, у семи — на обоихъ верхнихъ, а у двухъ, помимо обоихъ верхнихъ, узлы занимали лѣвое нижнее вѣко. Изъ сказаннаго слѣдуетъ, что узлы также преимущественно локализируются на верхнихъ вѣкахъ. Здѣсь они тоже предпочитаютъ свободный рѣсничный край. Три раза узелъ помѣщался въ средней части его (узлы односторонніе), а шесть разъ въ наружной половинѣ вѣка; при чемъ въ послѣднихъ случаяхъ два раза была замѣтна нѣкоторая симметрія въ расположеніи опухолей. — Разъ (№ 42) намъ удалось констатировать размягченіе, а въ другомъ случаѣ изъязвленіе (№ 206), у послѣдняго больного очевидно свободные края верхнихъ вѣкъ были заняты лепромой, у которой процессъ изъязвленія теперь совершался въ наружныхъ половинахъ на симметрическихъ мѣстахъ. Такихъ тяжелыхъ формъ (обширныхъ и глубокихъ изъязвленій), какъ ихъ неоднократно видѣлъ Carroon de Villards, мнѣ никогда не приходилось наблюдать; онѣ повидимому въ нашихъ широтахъ и при обстановкѣ въ здѣшнихъ лепрозоріяхъ встрѣчаются крайне рѣдко или никогда. Вообще на основаніи моихъ изслѣдованій, я долженъ скорѣе согласиться съ мнѣніемъ авторовъ, которые признаютъ такой исходъ узловъ за рѣдкость; легкія атрофіи кожи въ видѣ отдѣльныхъ блѣдныхъ желтоватыхъ пятенъ, расположенныхъ въ наружной половинѣ верхнихъ вѣвъ, имѣющихъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ (№№ 48, 143, 242.) симметрическую локализацию, также могутъ служить доказательствомъ того, что здѣсь когда то имѣлись узлы, мирнымъ образомъ исчезнувшіе. Только въ одномъ случаѣ имѣлся

криволинейный рубецъ въ наружной половинѣ верхняго вѣка недалеко отъ орбитальнаго края, который тинулъ въ данномъ мѣстѣ вѣко вверхъ; происхожденіе его я склоненъ объяснить сморщиваніемъ и рубцеваніемъ бывшихъ здѣсь когда-то лепрозныхъ продуктовъ.

Измѣненія со стороны рѣсницъ занимали по частотѣ первое мѣсто. Изъ 146 больныхъ 103 человека (51 муж. и 52 женщ.) было съ пораженіемъ рѣсницъ, что составляетъ 70,54%. Болѣзнь состояла въ атрофіи и выпаденіи ихъ. Только въ одномъ случаѣ рѣсницы оказались нормальными при маломъ числѣ, о подобномъ явленіи упоминаетъ и Borthen, но оно должно встрѣчаться крайне рѣдко. Во всѣхъ прочихъ случаяхъ, при существующей атрофіи рѣсницъ, число послѣднихъ всегда было значительно уменьшено. Полное отсутствіе рѣсницъ я могъ констатировать у 15 больныхъ; полное отсутствіе ихъ на нижнихъ вѣкахъ при почти полномъ отсутствіи рѣсницъ на верхнихъ — въ 21 случаѣ; и почти полное отсутствіе на всѣхъ вѣкахъ у 9 больныхъ, а въ 57 случаяхъ вообще явленія атрофіи и *madarosis'a*. У 11 больныхъ рѣсницы при существующихъ инфильтратахъ оказались здоровыми, а въ 12 случаяхъ рѣсницы были измѣнены, хотя инфильтратовъ при клиническомъ изслѣдованіи нельзя было констатировать.

Тогда какъ лепрозные инфильтраты и узлы преимущественно локализовались на верхнихъ вѣкахъ и здѣсь достигали наибольшаго своего развитія, патологическія измѣненія рѣсницъ, за исключеніемъ всего только двухъ случаевъ, выступали раньше и рѣзче на нижнихъ вѣкахъ. Здѣсь атрофія всегда была сильнѣе выражена, и число рѣсницъ всегда было уменьшено. Въ 21 случаѣ рѣсницы вполне отсутствовали на нижнихъ вѣкахъ, между тѣмъ какъ на верхнихъ еще ихъ можно было найти; случаевъ, гдѣ рѣсницы отсутствовали бы только на верхнихъ вѣкахъ, я не наблюдалъ. — На верхнихъ же вѣкахъ сильнѣе и раньше всего поражались рѣсницы, лежащія по средней трети края вѣкъ, особенно наглядно это проявилось въ двѣнадцати случаяхъ; разъ, правда, мнѣ пришлось,

при полном madarosis'ѣ въ прочихъ мѣстахъ, наблюдать здѣсь нѣсколько сильно атрофированныхъ рѣсницъ. Дольше и лучше всего рѣспицы сохранялись въ внутренней трети верхнихъ вѣкъ, у 16 больныхъ это особенно бросалось въ глаза. Въ наружной трети рѣспицы почти всегда были сильнѣе измѣнены, чѣмъ въ внутренней, но тутъ онѣ опять таки были лучше развиты, чѣмъ въ средней трети верхнихъ вѣкъ. Изъ сказаннаго, конечно, трудно вывести какія-нибудь положительные данныя относительно выпаденія рѣспицъ, что потребовало бы много времени и весьма тщательнаго наблюденія. Я получилъ впечатлѣніе, что послѣ того какъ рѣспицы подверглись цѣлаго рода дегенеративнымъ процессамъ, которые могутъ начинаться на всѣхъ вѣкахъ одновременно, онѣ раньше всего начинаютъ исчезать на нижнемъ вѣкѣ, затѣмъ въ средней трети верхняго, потомъ въ его наружной трети и дольше всего остаются вблизи внутренняго угла верхняго вѣка.

Полъ и возрастъ больного повидимому роли не играютъ. Дегенеративныя измѣненія рѣспицъ почти всегда были на обоихъ соответствующихъ вѣкахъ выражены въ одинаковой степени и нерѣдко со стороны ихъ наблюдалась симметричность. У 4 больныхъ (не трахоматозныхъ) былъ частичный trichiasis лепрознаго происхожденія, у 2 изъ нихъ двусторонній и на симметрическихъ мѣстахъ.

Lagophthalmus при изслѣдованіи 157 больныхъ я могъ констатировать 11 разъ, при чемъ мнѣ бросилось въ глаза сравнительно большая частота присутствія его у женщинъ, у которыхъ онъ найденъ въ 9 случаяхъ. 3 раза lagophthalmus былъ односторонній и всегда съ правой стороны; у 7 больныхъ онъ осложнялся выворотомъ. При двустороннемъ lagophthalmus'ѣ одна изъ сторонъ всегда была сильнѣе поражена, но повидимому особеннымъ предпочтеніемъ ни одна изъ нихъ не пользовалась.

У 6 пациентовъ заболѣваніе было легкое и вѣки при нѣ-
которомъ усиліи могли хорошо смыкаться. У 2 больныхъ полнаго закрытія нельзя было уже достигнуть, и самая нижняя

часть роговицы оставалась незащищенной. У 2 других, имѣвших lagophthalmus сильной степени, m. orbicularis palp. почти уже не функционировать, и прикрытіе роговицы совершалось главнымъ образомъ движеніемъ глазного яблока вверхъ.

Самый печальный исходъ, который можетъ имѣть lagophthalmus, мы видимъ у № 52, гдѣ съ обѣихъ сторонъ вслѣдствіе сильной атрофіи и сморщиванія тканей наступило почти полное уничтоженіе всѣхъ четырехъ вѣкъ и совершенное сморщиваніе конъюнктивальнаго мѣшка съ атрофіей глазного яблока. Конечно, этотъ lagophthalmus другого происхожденія, чѣмъ тотъ, о которомъ здѣсь идетъ рѣчь.

Lagophthalmus у нашихъ націентовъ ничѣмъ не отличается отъ такового при пятнистой проказѣ. Относительно времени появленія его ничего положительнаго сказать нельзя; вѣроятнѣе всего онъ не связанъ съ извѣстнымъ періодомъ общей болѣзни: мы наблюдали его какъ въ старыхъ, такъ и свѣжихъ случаяхъ проказы, разъ у націента, страдавшаго ею всего только 3 года.

Что касается чувствительной сферы, то я изслѣдовалъ только тактильную чувствительность, отъ болевой мнѣ пришлось отказаться. Субъективное изслѣдованіе у прокаженныхъ иногда бываетъ сопряжено съ большими трудностями и результаты требовали неоднократной проверки. Націенты мои большею частью были люди неинтеллигентные, перѣдко давали ложные отвѣты и въ рѣдкихъ случаяхъ даже не позволяли себя изслѣдовать. Обреченные на свою тяжелую участь, замѣчаетъ Vorthen, прокаженные перѣдко дѣлаются фаталистами, становятся апатичными ко всему и часто отказываются даже отъ всякаго лѣченія.

Въ виду означенныхъ обстоятельствъ мнѣ пришлось изъ 157 больныхъ исключить 16 человекъ и заняться 141 больнымъ. Полную анестезію я констатировать въ четырехъ случаяхъ, разъ при lagophthalmus'ѣ и три раза на лепромахъ. Пониженіе чувствительности можно было найти у 11 больныхъ, 6 разъ на инфильтратахъ, 2 раза на узлахъ, 2 раза при lagophthalmus'ѣ, и однажды существовали измѣненія со стороны рѣсницъ. При-

надлежали эти случаи обыкновенно къ числу болѣе тяжелыхъ лепры глаза и всегда осложнились измѣненіемъ чувствительности со стороны конъюнктивы вѣкъ.

Lepra maculo-anaesthetica. — У изслѣдованныхъ 85 больныхъ вѣки нашлись здоровыми въ 49 случаяхъ (13 муж. и 36 женщ.) т. е. въ 57,64 %; при чемъ у мужчинъ (55,18 %) они оказались чаще пораженными, чѣмъ у женщинъ (35,72 %). тогда какъ при бугристой проказѣ мы нашли обратное отношеніе. Что касается времени заболѣванія, то здѣсь такой законности, какъ при *Lepra tuberosa*, я не могъ замѣтить. Въ общемъ и прихожу къ заключенію, что вѣки весьма долгое время могутъ оставаться здоровыми, и заболѣваніе ихъ не должно считаться правиломъ, хотя и при этой формѣ проказы вѣки заболѣваютъ чаще въ болѣе позднихъ періодахъ. Изъ лицъ, страдавшихъ проказой не дольше десяти лѣтъ, 70 % имѣли нетронутыя вѣки, изъ больныхъ второго десятилѣтія 40 %, а изъ тѣхъ, у которыхъ съ начала болѣзни прошло болѣе двадцати лѣтъ, даже 20 % имѣли еще здоровыя вѣки. Одинъ изъ этихъ счастливицевъ болѣлъ уже 30 лѣтъ проказой, а другой болѣе сорока, между тѣмъ не только вѣки, но и глаза ихъ не представляли никакихъ измѣненій.

Изъ отдѣльныхъ заболѣваній вѣкъ самое видное мѣсто занимаютъ паралитическія состоянія *m. orbicularis oculi*.

Изъ 90 больныхъ 30 человекъ (13 муж. и 17 женщ.) имѣли *lagophthalmus paralyticus*, т. е. 33,33 %; у мужчинъ онъ встрѣчался въ 43,33 %, у женщинъ въ 28,33 %. Эти данныя не согласуются съ результатами Borthen'a, который при изслѣдованіи 94 больныхъ констатировалъ упомянутое состояніе въ 62,76 %; въ 70 % у мужчинъ и въ 60 % у женщинъ. Среднее между данными Borthen'a и моими занимаютъ результаты Воесклапп'a, нашедшаго параличъ *m. orbicularis* при пиянистой формѣ въ 50 %. Такое несогласіе въ результатахъ можно объяснить тѣмъ, что Borthen имѣлъ дѣло съ болѣе старыми случаями проказы.

Что касается вопроса относительно времени появленія lagophthalmus'a, то я долженъ согласиться съ Borthen'омъ, что онъ не связанъ съ какимъ-либо извѣстнымъ періодомъ общей болѣзни, хотя, впрочемъ, до семи лѣтъ мыъ никогда не приходилось его наблюдать. У мужчинъ, какъ я уже замѣтилъ, lagophthalmus встрѣчался чаще, чѣмъ у женщинъ, фактъ, на который обращаетъ вниманіе и Borthen. Это наблюденіе находится въ противорѣчіи съ найденнымъ при туберозной формѣ.

Въ 12 случаяхъ lagophthalmus былъ выраженъ въ легкой степени, въ 12 въ средней, у трехъ въ сильной и тоже у трехъ въ весьма сильной степени. Въ 7 случаяхъ lagophthalmus былъ односторонній (3 раза справа, 4 раза слѣва), при двустороннемъ же 10 разъ онъ былъ сильнѣе выраженъ справа, а въ 4 случаяхъ слѣва. У 19 больныхъ lagophthalmus осложнился выворотомъ нижнихъ вѣкъ, разъ при этомъ была еще замѣтна на правомъ верхнемъ вѣкѣ въ внутреннемъ углу легкая эверсія. Однажды при lagophthalmus'ѣ съ выворотомъ нижнихъ вѣкъ наблюдался заворотъ обоихъ верхнихъ при отсутствіи трахомы или другой обычной причины. Легкій заворотъ на лѣвомъ верхнемъ вѣкѣ при выворотѣ на обоихъ нижнихъ наблюдать разъ L o r e z у пациента, страдавшаго смѣшанной формой (наша бугристая) проказы. Это единственный случай въ литературѣ, но L o r e z почти совершенно обходитъ его молчаніемъ, въ виду того что не вполне увѣренъ въ лепрозномъ характерѣ данного измѣненія. Что касается нашего случая, то не можетъ быть никакого сомнѣнія относительно его специфичности. Столь рѣдкое возникновеніе заворота при проказѣ, по моему мнѣнію, можетъ быть объяснено тѣмъ, что процессъ сморщиванія со стороны вѣкъ и конъюнктивальнаго мѣшка при лепрѣ, какъ правило, всегда идетъ въ одинаковой степени, но если по какимъ-либо причинамъ равновѣсіе между процессами будетъ нарушено въ пользу конъюнктивы, то будутъ даны все условія для образованія заворота.

Lagophthalmus всегда былъ сильнѣе выраженъ сверху, и наибольшая ширина глазной щели чаще всего приходилась на

границъ средней трети съ внутренней; въ одномъ только случаѣ lagophthalmus и estrorium были сильнѣе въ наружной половинѣ.

Въ нѣкоторой связи съ этими разстройствами въ движеніи вѣкъ находится состояніе рѣсницъ. Процентъ заболѣванія ихъ, какъ мы уже упоминали, по изслѣдованіямъ Borthen'a, весьма великъ и превышаетъ шестьдесятъ, тогда какъ другіе авторы объ этихъ измѣненіяхъ почти совершенно умалчиваютъ. Изслѣдованія надъ почти столь же большимъ числѣ больныхъ, какъ у Borthen'a, привели меня къ совершенно другимъ результатамъ. Изъ 85 больныхъ пятнистой формой только у семи человекъ оказались измѣненія рѣсницъ, что составляетъ 8%. Два раза процессъ локализовался только на нижнихъ вѣкахъ, а два раза на нихъ онъ былъ сильнѣе выраженъ, чѣмъ на верхнихъ; на послѣднихъ же разстройства никогда не проявлялись въ болѣе сильной мѣрѣ, чѣмъ на нижнихъ, что согласуется съ выводами Borthen'a. Въ этомъ отношеніи мы замѣчаемъ и полную аналогію съ измѣненіями рѣсницъ при узловатой проказѣ.

Патологическія измѣненія состояли шесть разъ въ атрофіи и выпаденіи рѣсницъ. Въ двухъ изъ этихъ шести случаевъ существовалъ на нижнихъ вѣкахъ въ средней трети trichiasis. У больного № 79 атрофическихъ рѣсницъ констатировать было нельзя, по числу ихъ было значительно уменьшено. Случай № 71, гдѣ только въ средней трети обоихъ нижнихъ вѣкъ имѣлся distichiasis, я склоненъ отнести къ числу врожденныхъ аномалій.

Изучивъ работы Borthen'a, Leloir'a, Danielssen'a и Воеск'а и принявъ во вниманіе мои собственныя наблюденія, я прихожу къ заключенію, что во 1) рѣсницы заболѣваютъ только съ появленіемъ трофическихъ разстройствъ въ вѣкахъ, наступающихъ, какъ дальнѣйшее слѣдствіе паралича m. orbicularis. Во 2) точно также эти измѣненія рѣсницъ наблюдаются при одновременномъ существованіи лепрозныхъ измѣненій въ областяхъ, прилежающихъ къ глазу и тоже вслѣдствіе наступленія здѣсь трофическихъ разстройствъ. Дѣйствительно, у Borthen'a всѣ 66 человекъ съ пораженіемъ рѣсницъ имѣли специфическія измѣненія сосѣднихъ съ глазомъ частей, а у 48 изъ нихъ даже

былъ lagophthalmus. У Danielssen'a, Boeck'a и Leloir'a рѣсницы отсутствовали только въ случаяхъ lagophthalmus'a, т. е. когда уже существовали трофическія измѣненія. Какъ подтвержденіе вышесказаннаго мнѣнія могутъ служить и мои семь больныхъ, у которыхъ также былъ констатированъ lagophthalmus. Случаевъ съ патологическими рѣсницами при отсутствіи дегенеративныхъ измѣненій на вѣкахъ или сосѣднихъ съ глазомъ частяхъ очевидно никто не наблюдалъ. Еще понятнѣе намъ станетъ предложенное объясненіе, когда ниже будетъ рѣчь о возникновеніи трофическихъ явленій вообще.

Полученная большая разность въ числѣ заболѣваній рѣсницъ у Borthen'a и у меня зависитъ, по всей вѣроятности, только отъ того обстоятельства, что матеріалъ перваго состоялъ преимущественно изъ больныхъ съ трофическими измѣненіями вѣкъ и частей ихъ окружающихъ, тогда какъ у меня они составляли меньшинство.

Послѣ такого разбора дегенеративныхъ измѣненій со стороны вѣкъ, приступимъ къ разсмотрѣнію первоначальныхъ симптомовъ проказы -- пятенъ и анестезій.

Измѣненія чувствительности можно было констатировать у 88 пациентовъ 11 разъ (12%): 5 разъ она отсутствовала, 6 разъ была понижена. Пятна, которыя при Lerga maculo-anaesthetica встрѣчаются на кожѣ, я никогда не наблюдалъ на вѣкахъ, даже ни малѣйшихъ ихъ слѣдовъ. Принимая во вниманіе сказанное въ литературѣ относительно пятенъ, а также и мои собственные изслѣдованія, я склоненъ думать, что они на вѣкахъ не встрѣчаются. Но въ такомъ случаѣ какъ объяснить появляющіеся здѣсь анестезіи и трофическія измѣненія? Можетъ быть, благодаря особенному анатомическому строенію вѣкъ, пятна здѣсь не обнаруживаются, хотя въ кожѣ ихъ и существуетъ лепрозный процессъ, который, переходя на концы периферическихъ нервовъ, вызываетъ сперва разстройства чувствительной, а затѣмъ и двигательной сферы. Но анестезію совместно съ пораженіемъ *m. orbicularis* мы могли доказать только въ 7 случаяхъ, тогда какъ въ 22 случаяхъ

lagophthalmus'a, частью очень тяжелыхъ, не было ни малѣйшаго намека на пониженіе чувствительности. Изъ этого мы опять видимъ, что первичный очагъ пораженія кожи — „macula“ — едва-ли находится на вѣкахъ, а лежитъ вѣроятно въ какомъ-либо другомъ мѣстѣ. Работы Vortgen'a, A. v. Bergmann'a¹⁾ и др. насъ учатъ, что заболѣванія вѣкъ при пятнистой проказѣ сопровождаются измѣненіями въ другихъ частяхъ лица, и послѣднія наступаютъ раньше. Какое вліяніе они могутъ оказать на вѣки, мы увидимъ изъ слѣдующаго.

Исслѣдованія проф. Dehio²⁾ и его учениковъ Герлаха³⁾ и Войта⁴⁾ показываютъ, что процессъ протекаетъ слѣдующимъ образомъ. Въ началѣ заболѣваетъ извѣстный участокъ кожи, и тамъ образуется анестетическое пятно; отсюда болѣзнь распространяется центростремительно по чувствительному нерву, иннервирующему этотъ участокъ кожи, и разрушаетъ въ немъ проводимость на все большемъ протяженіи. Этотъ восходящій лепрозный невритъ переходитъ затѣмъ на смѣшанную нервную вѣтвь, и въ концѣ концовъ даже большіе смѣшанные стволы могутъ оказаться имъ захваченными. Однако только меньшая часть нервной сѣти поражается невритомъ, большое количество нервовъ, отходящихъ периферично отъ специфически пораженныхъ вѣтвей и стволовъ, по причинѣ утраты проводимости, подвергнется дегенеративной атрофіи, хотя лепрозное разрастаніе въ нихъ и отсутствуетъ. Слѣдствіемъ этой атрофіи будутъ дегенеративныя измѣненія въ органахъ, къ которымъ идутъ эти нервы. По этому сломъ и рядомъ мы видимъ анестетическіе участки, на которыхъ никогда пятна не существовали, наблюдаемъ выпаденіе волосъ, параличи мышцъ и другія измѣненія въ мѣстахъ, гдѣ первичные симптомы проказы никогда и не замѣчались.

1) Die Lepra. Deutsche Chirurgie. Lief. 10 b. 1897.

2) Dehio. — St. Petersburg. Medic. Woch. 1890. Nr. 48.

3) Gerlach. — Diss. Dorpat. 1890. Unabhängigkeit d. Bildung anaesth. Hautflecken.

4) l. c. p. 8.

Если перевести эти свѣдѣнія на насъ интересующую область столь богатую нервами и приять во вниманіе наблюденія авторовъ, что расстройствамъ вѣтъ предшествуютъ специфическія измѣненія въ другихъ частяхъ лица, то весьма вѣроятно, что всѣ явленія, констатируемыя на вѣкахъ, должны быть разсматриваемы какъ трофическія расстройства, первоначальная причина которыхъ кроется въ лепрозномъ пораженіи сосѣднихъ участковъ лица. Въ виду того, что вѣтви *n. facialis* и *n. trigemini* соединяются другъ съ другомъ, за весьма малыми исключеніями, только въ самыхъ периферическихъ частяхъ, и отдѣльныя вѣтви ихъ на своемъ протяженіи по большей части остаются или чисто чувствительными или двигательными, то изъ этого слѣдуетъ, что расстройства въ чувствительной сферѣ и моторной не должны другъ другу сопутствовать. Этимъ только и объясняется, почему въ 22 случаяхъ *lagophthalmus*'а мы не могли констатировать даже ни малѣйшаго намека на измѣненіе чувствительности.

2. Соединительная оболочка.

а) Литературныя данныя.

Болѣ точнымъ описаніемъ измѣненій соединительной оболочки при проказѣ мы обязаны Borthen'у. До него авторы преимущественно занимались конъюнктивой глазного яблока, конъюнктивѣ же вѣкъ они удѣляли весьма мало мѣста въ виду того, что она, по мнѣнію ихъ, специфически не заболѣваетъ. Особенное вниманіе изслѣдователи обращали на корнеосклеральныя лепромы, которыя будто представляли разрощенія конъюнктивы. Но послѣдующіе авторы, благодаря точнымъ изслѣдованіямъ, были въ состояніи доказать, что упомянутыя лепромы лежатъ подъ конъюнктивой и что послѣдняя поражается здѣсь лепрознымъ процессомъ только вторично. Къ такому же выводу, впрочемъ, пришли уже Roeser и Hansen и Bull, но о нихъ рѣдко кто упоминаетъ. Теперь займемся первичными заболѣваніями соединительной оболочки и разсмотримъ ихъ при каждой формѣ проказы въ отдѣльности.

Lepra tuberosa. — Анемія, гиперемія, катарральное воспаленіе и новообразованія -- обыкновенныя явленія, встрѣчаемыя при бугристой проказѣ на конъюнктивѣ (Borthen). У 89 больныхъ, специально изслѣдованныхъ Borthen'омъ на измѣненія конъюнктивы, послѣдняя 6 разъ оказалась анемичной, 39 разъ гиперемированой и въ 20 случаяхъ можно было констатировать катарральное воспаленіе. Анемія, по мнѣнію автора, служить признакомъ сильной исхудалости и слабости организма.

Иногда конъюнктивѣ вѣкъ принимаетъ желтовато-бурый оттѣнокъ (Rampoldi, Borthen), свойственный лепрозно пораженнымъ тканямъ. Что касается гипереміи и катарра, то они ничего характернаго для проказы не представляютъ и почти во всѣхъ случаяхъ удастся найти ихъ причину. Одной изъ самыхъ частыхъ считаютъ анестезію, которая постоянно встрѣчается при пятнистой проказѣ на конъюнктивѣ вѣкъ, а при узловатой рѣдко отсутствуетъ (Lopez). Далѣе, причиной катарра служить lagophthalmus, ectropium и опухоли. Съ первыми тремя факторами, равно и ихъ слѣдствіями мы еще встрѣтимся при пятнистой проказѣ.

Вопросъ относительно опухолей конъюнктивы глазного яблока рѣшенъ въ настоящее время въ томъ смыслѣ, что первичность ея заболѣванія отрицается всѣми, за исключеніемъ разве только Babes'a, который однако, какъ видно изъ новѣйшей его работы, уже отчасти присоединяется къ мнѣнію другихъ изслѣдователей.

Что же касается конъюнктивы вѣкъ, то не говоря о многихъ мелкихъ работахъ, даже такіе компетентные ученые, какъ Danielssen и Boeck, Hansen и Bull, а изъ новѣйшихъ Jeanselme и Морахъ ничего о ней не упоминаютъ, а Wolffу прямо кажется непонятнымъ, почему конъюнктивѣ вѣкъ не заболѣваетъ аналогично другимъ слизистымъ оболочкамъ; онъ спеціально изслѣдовалъ конъюнктиву всѣхъ своихъ больныхъ, и ничего особеннаго не находилъ.

Помимо этихъ отрицательныхъ данныхъ въ литературѣ встрѣчаются и другого рода наблюденія. Такъ, Rungner въ своей статьѣ о болѣзняхъ глазъ въ Египтѣ посвящаетъ также нѣсколько словъ лепрозной офталміи, которая будто характеризуется узлами на краяхъ вѣкъ, въ области Мейбоміевыхъ железъ и на всей конъюнктивѣ. Poncet (de Cluny) упоминаетъ о грануліціяхъ, отличающихся отъ трахоматозныхъ, а Каросі о бугоркахъ на конъюнктивѣ вѣкъ и роговицѣ, имѣющихъ большое сходство съ трахоматозными. Определеніе этихъ краткихъ общихъ замѣтокъ, сдѣланныхъ отчасти и не офталмологами,

высказываются уже Azavedo Lima и Pollock. Первый въ двухъ случаяхъ, разъ на конъюнктивѣ верхняго, а разъ на конъюнктивѣ нижняго вѣка, могъ констатировать узелки желтоватаго цвѣта, напоминавшіе ксантелазму. Они мало выдавались надъ поверхностью и имѣли плоскую форму; на нижнемъ вѣкѣ они были въ состояніи изъязвленія. Въ случаѣ Pollock'a узлы были мелкіе, круглой формы, слегка возвышенные съ шероховатой поверхностью и немного блѣднѣе, чѣмъ окружающая ихъ ткань; они имѣли сходство съ бугорками въ другихъ органахъ. У пациента съ обѣихъ сторонъ помимо того имѣлся сильный lagophthalmus съ тяжелой гнойно-серозной секретіей. Подобные бугорки имѣлись одновременно и на непрерывной изъязвленной конъюнктивѣ яблока. Далѣе слѣдуетъ работа Гуляницкаго, который въ пяти случаяхъ на конъюнктивѣ вѣкѣ видѣлъ желтовато-бѣлыя бляшки въ $\frac{1}{2}$ —1 милл. въ поперечникѣ, съ темного вогнутой мелко бугристой поверхностью. Конъюнктива въ окрестности этихъ пятенъ, приблизительно на пространствѣ въ $\frac{1}{2}$ кв. смт. находилась въ состояніи хроническаго катарра. Принимая во вниманіе частую симметричность въ расположеніи этихъ бляшекъ, пониженіе чувствительности на нихъ и отсутствіе сходства съ какими либо другими измѣненіями конъюнктивы, авторъ склоненъ ихъ отнести къ числу специфическихъ образованій. Для полноты упомянемъ еще о бѣлыхъ пятнышкахъ, которые видѣли разъ Vossius и Azavedo Lima. Авторы этимъ измѣненіямъ никакого значенія не придаютъ и упоминаютъ о нихъ только мелькомъ въ своихъ исторіяхъ болѣзни.

Этимъ довольно неопредѣленными свѣдѣніями ограничивалось еще до послѣдняго времени все ученіе о новообразованіяхъ конъюнктивы вѣкѣ, пока не явилась работа Borthen'a, пролившая другой свѣтъ въ этомъ направленіи. По мнѣнію Borthen'a, опухоли конъюнктивы встрѣчаются не часто; ему приходилось ихъ наблюдать 10 разъ на 89 челочѣбъ. Всегда онъ получалъ впечатлѣніе, что процессъ переходилъ на нее изъ глубокихъ частей, и потому онъ приходитъ къ заключенію,

что самостоятельных заболеваний конъюнктивы не существует. Подтверждается это предположение болѣе новой работой Neve, который на 80 больныхъ три раза встрѣчать въ конъюнктивѣ узлы, берущіе свое начало изъ толща вѣкъ.

Величина лепромъ можетъ сильно колебаться, отъ весьма мелкаго инфильтрата до порядочной опухоли. Такъ, Borthen описываетъ новообразованіе, имѣвшее въ длину 15 милл., въ ширину 5 милл. и въ толщину 1 милл. Цвѣтъ этихъ лепромъ обыкновенно сѣровато-бѣлый, поверхность ихъ ровная; могутъ встрѣчаться онѣ на какомъ угодно мѣстѣ конъюнктивы, все зависитъ отъ расположенія инфильтрата въ самомъ вѣкѣ, но излюбленной локализацией опухолей повидному опять является свободный край вѣкъ. Онѣ никогда не представляются въ видѣ обычнаго бугра, но вслѣдствіе постоянного давленія вѣка на яблоко принимаютъ форму уплотненныхъ образований. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ наблюдается нѣсколько лепромъ, и тогда онѣ выступаютъ въ видѣ отдѣльных милиарныхъ бугровъ. Исчезаютъ опухоли путемъ рассасыванія, оставляя за собою атрофическія рубцовыя пятна перламутроваго цвѣта. Иногда же опухоли изъязвляются, и тогда обыкновенно получается болѣе или менѣе звѣздообразный рубецъ, принимающій также вслѣдствіи упомянутый перламутровый цвѣтъ. Искривленія вѣкъ не наблюдается, и потому прогнозъ опухолей долженъ считаться довольно благопріятнымъ. Появляются лепромы на конъюнктивѣ вѣкъ въ началѣ проказы, регрессивные процессы въ нихъ наступаютъ довольно скоро, и уже по прошествіи нѣсколькихъ лѣтъ послѣ начала болѣзни удастся только констатировать слѣды бывшихъ новообразованій (Borthen).

Изъ всего сказаннаго мы видимъ, что число авторовъ, описывающихъ самостоятельныя измѣненія на конъюнктивѣ вѣкъ не велико, и данныя, представленныя ими, не весьма сходятся. Указанія Gruener'a, Roncet и Karosi являются слишкомъ недостаточными, чтобы имъ можно было придать какое-нибудь особое значеніе. Къ случаю Pollock'a слѣдуетъ отнести довольно скептически, подобныя грануляціи и язвочки на конъюнктивѣ вѣкъ и яблока весьма легко могли быть вызваны

сильнымъ выворотомъ, въ пользу чего говорить расположеніе и видъ грануляцій съ тяжелой гнойно - серозной секреціей. Измѣненія, которыя намъ представилъ Гуляницкій, не могутъ быть признаки за лепромы, и если бы они оказались лепрозного происхожденія, то они были бы единственными наблюдавшимися въ этомъ родѣ. Относительно бѣлыхъ пятенъ Vossius'a и Azavedo Lima ничего положительнаго сказать нельзя; пожалуй, это рубцы, о которыхъ упоминаетъ Borthen, но, по отсутствію всякихъ болѣе точныхъ данныхъ, было бы рискованно дѣлать о нихъ какое-нибудь заключеніе. Слѣдовательно, изъ всѣхъ изслѣдователей только трое (Azavedo Lima, Borthen, Neve) приводятъ намъ болѣе или менѣе общіе результаты, сходные съ измѣненіями на другихъ слизистыхъ оболочкахъ при проказѣ; при чемъ у двухъ послѣднихъ авторовъ процессъ всегда бралъ свое начало изъ глубокихъ частей вѣкъ и только вторично поражалъ конъюнктиву. Здѣсь уместно упомянуть о заявленіи Uhthoff'a, сдѣланномъ по поводу доклада Schäffer'a¹⁾. Uhthoff, осматривая прокаженныхъ въ Рижской лепрозоріи, видѣлъ у одного больного на нижней переходной складкѣ обоихъ глазъ симметрично расположенное значительно выдающееся разрощеніе соединительной оболочки въ видѣ гребешка, которое авторъ по его своеобразному виду считаетъ за лепрозное новообразованіе.

Изъ приведенныхъ литературныхъ данныхъ мы видимъ, что самостоятельныхъ новообразованій конъюнктивы вѣкъ и лбллка не существуетъ; вторично послѣдняя заболѣваетъ иногда, тогда какъ первая захватывается лепрознымъ процессомъ крайне рѣдко.

Lepra maculo-anaesthetica. — При этой формѣ проказы конъюнктива весьма часто представляетъ уклоненія отъ нормы. Встрѣчающіяся здѣсь измѣненія состоятъ, какъ при *Lepra tuberosa*, въ анеміи, гипереміи и катаррѣ. Первая встрѣчается довольно рѣдко, и причина ея та-же, что при бугристой проказѣ. Гиперемія наблюдается часто уже

1) Allg. Medic. Central-Zeitung. 1899. Nr. 35, p. 421. Ueber einige Fälle von Lepra.

съ самого начала болѣзни, а въ болѣе позднихъ стадіяхъ проказы она рѣдко отсутствуетъ. Катарръ обыкновенно служитъ дальнѣйшею ступенью гипереміи, появляется онъ сперва подъ видомъ остраго воспаленія, которое обыкновенно переходитъ въ хроническое. Какъ въ этомъ, такъ и другомъ состояніи катарръ ничего особеннаго не представляетъ, мы имѣемъ картину обыкновеннаго конъюнктивита (Borthen). Наиболѣе частую причину его Lopez видитъ въ пораженіи чувствительности. Вслѣдствіе появившейся анестезіи конъюнктивы, особенно если она сопровождается еще нечувствительностью роговицы, глазъ теряетъ возможность реагировать на всякія вредныя вліянія извнѣ путемъ рефlekса, почему образуется мало по малу хроническій конъюнктивитъ, который не поддается никакому лѣченію (Lopez).

Другой не менѣе частой причиной конъюнктивита бываетъ *ectropium*. Это самые тяжелые конъюнктивиты, перѣдко сопровождающіеся сильной серозно-гнойной секреціей, при постоянномъ участіи конъюнктивы яблока и протекающіе иногда подъ видомъ настоящей блеппорреи. Въ такомъ блеппоррейномъ состояніи глаза пребываютъ долгое время, даже цѣлыми годами, и если одновременно при разрушенной роговицѣ существуютъ гиперемія и опуханіе эписклеры, то глазъ получаетъ видъ, скорѣе всего напоминающій кусокъ сырого мяса. Означенная картина, къ сожалѣнію, наблюдается нерѣдко. Съ наступленіемъ регрессивныхъ измѣненій гиперемія раньше всего начинаетъ проходить на яблокѣ, которое къ тому времени уже обыкновенно атрофировано. Конъюнктива вѣкъ напротивъ еще долго продолжаетъ оставаться красной и отдѣлять гнойный секретъ, изъ котораго образуются корки, отлагающіяся обыкновенно на мѣстѣ разрушенной роговицы (Borthen). Наконецъ, гиперемія начинаетъ проходить и на вѣкахъ, секретъ исчезаетъ, конъюнктива становится сухой и наступаетъ полная атрофія; послѣдней одновременно подвергаются и всѣ остальные части вѣкъ. Въ дальнѣйшемъ атрофія сопровождается сильнымъ сморщиваніемъ вѣкъ и конъюнктивальнаго мѣшка.

Глазная щель вследствие сильнаго сморщиванія вѣкъ стоитъ почти совершенно открытой, отверстія слезныхъ канальцевъ и карункула исчезли, конъюнктива кажется блѣдной и сухой, а роговица, если она вообще еще существуетъ, представляется мутной, лишеной всякаго блеска и имѣющей настоящій пергаментообразный видъ (Danielssen и Воеск и др.). Здѣсь я долженъ однако замѣтить, что такія сильныя анатомическія измѣненія соединительной оболочки и вѣкъ, конечно, не вызываются катарромъ, какъ таковымъ, а являются послѣдствіемъ сопутствующихъ ему трофическихъ разстройствъ тканей, такъ часто наблюдаемыхъ особенно при этой формѣ проказы.

Borthen въ своей работѣ обращаетъ вниманіе на особый родъ конъюнктивита, встрѣчающійся чаще всего при lagophthalmus'омъ подъ роговицей, т. е. въ томъ мѣстѣ, которое вследствие паралича m. orbicularis остается неприкрытымъ. Эта „infra- und perikorneale Conjunctivitis“, какъ ее называетъ авторъ, начинается обыкновенно легкой инъекціей сосудовъ въ нижнемъ отдѣлѣ conjunctivae bulbi. Скоро при возрастающей гипереміи поражается и эпителий; на немъ образуются точечные или еще большихъ размѣровъ дефекты. Иногда явленія ограничиваются только совершенно малымъ участкомъ подъ роговицей, чаще у ея внутренняго квадранта, въ другихъ же случаяхъ процессъ занимаетъ всю нижнюю половину глаза, простираясь до обоихъ угловъ глазной щели. Нерѣдко заболѣваетъ и эписклеральная ткань, появляется гнойно-серозная секреція, и получается исходъ, подобный описанному при тяжелыхъ формахъ конъюнктивита. Обыкновенно признаваемая за причины катарра — пониженіе чувствительности, паралитическое состояніе вѣкъ, недостаточное омываніе глаза слезами, по мнѣнію Borthen'a, не вполне объясняютъ возникновеніе означеннаго конъюнктивита. Этиологическій моментъ послѣдняго слѣдуетъ искать въ заболѣваніи сосудистаго тракта: всѣ случаи инфракорнеальнаго конъюнктивита одновременно сопровождались острымъ или хроническимъ иритомъ resp. иридоциклитомъ. Когда, благодаря этимъ внутриглазнымъ заболѣвані-

ямъ, жизненная сила въ подроговичной области будетъ понижена, тогда только всякаго рода внѣшніе моменты весьма легко будутъ въ состояніи здѣсь вызвать упомянутыя разстройства, которыя, какъ утверждаетъ Borthen, никогда не наступаютъ, при отсутствіи глуболежащаго воспаленія. По излѣченіи послѣдняго, тяжелый инфракорнеальный конъюнктивитъ можетъ пройти, хотя lagophthalmus и ectropium будутъ существовать по прежнему.

б) Собственные изслѣдованія.

Neve, изслѣдовавшій 80 прокаженныхъ въ Кашмирѣ, странѣ богатой трахомой, только у двухъ больныхъ могъ констатировать послѣднюю. Авторъ новидимому придаетъ этому факту нѣкоторое значеніе. Я съ своей стороны склоненъ объяснить это обстоятельство случайностью: изъ моихъ 251 больного 30 человекъ, почти 12%, страдали трахомой или по крайней мѣрѣ имѣли слѣды ея. По этой же причинѣ, для изобъясненія всякихъ недоразумѣній, я изслѣдовалъ на измѣненія конъюнктивы только 141 пациента съ бугристой формой, 77 съ пятнистой и 3 съ неопредѣленной.

Lepra tuberosa. — При изслѣдованіи 141 больного конъюнктива оказалась измѣненной у 51 человека, т. е. въ 36,17%, 25 разъ у мужчинъ (37,68%) и 26 у женщинъ (34,72%). Измѣненія преимущественно состояли въ гипереміи, анеміи и катаррѣ.

У 30 пациентовъ можно было констатировать болѣе или менѣе выраженную гиперемію конъюнктивы вѣкъ, десять разъ одновременно существовала и нѣкоторая гиперемія *conjunctivae bulbi*. Только въ шести случаяхъ нельзя было найти predisposing momenta, въ прочихъ всегда существовали lagophthalmus, ectropium, анестезія, эписклеральныя опухоли, или каждый изъ этихъ факторовъ въ отдѣльности, или ихъ было на лицо нѣсколько.

Анемія наблюдалась у двухъ больныхъ довольно псхудалыхъ, у которыхъ бугристая форма уже успѣла перейти въ

анэстетическую (*Lepra tuberoso-anaesthetica*), у обоихъ конъюнктивы уже имѣла упомянутый выше желтовато-бурый оттѣпокъ. Послѣдній можно было констатировать еще у третьяго пациента, у котораго конъюнктивы имѣла нормальную инъекцію. У одного изъ первыхъ двухъ больныхъ съ анемичными конъюнктивами существовала еще довольно значительная секреція; подобныя конъюнктивиты съ довольно сильно выраженной секреціей, при отсутствіи всякой гипереміи, наблюдалъ Borthen при *Lepra maculo-anaesthetica*. Явленія катарра, преимущественно хроническаго, можно было констатировать у 14 больныхъ; у трехъ отчасти была затрогнута и *conjunctiva bulbi*; въ четырехъ случаяхъ конъюнктивита слизистая имѣла бархатистый видъ, а въ трехъ уже началось сморщиваніе конъюнктивальнаго мешка. Только у двухъ пациентовъ пельзы было найти предрасполагающаго момента для катарра. У всѣхъ больныхъ картина гипереміи в катарра ничѣмъ не отличалась отъ обыкновенно наблюдаемой. Весьма возможно, что большинство конъюнктивитовъ при проказѣ суть явленія вторичныя, вызванныя расстройствами, одновременно съ ними встрѣчающимися (*ectropium*, анэстезія и т. д.); для окончательнаго рѣшенія даннаго вопроса мы покуда нуждаемся въ болѣе подробныхъ патолого-анатомическихъ и бактериологическихъ изслѣдованіяхъ.

Двое изъ пациентовъ имѣли птеригіи, далѣе я наблюдалъ ихъ еще у трехъ больныхъ, которые по причинѣ трахомы были исключены изъ числа изслѣдуемыхъ. Объ этихъ образованіяхъ при проказѣ упоминаетъ Loretz, видѣвшій ихъ у своихъ 45 больныхъ 7 разъ.

Что касается лепромъ соединительной оболочки вѣкъ, то я при тщательномъ изслѣдованіи моихъ 157 больныхъ ихъ не наблюдалъ; конечно, я не считаю случая № 206, гдѣ новообразованія сидѣли на свободныхъ краяхъ вѣкъ и до нѣкоторой степени захватывали и конъюнктиву Цятенъ Гуляницкаго мнѣ также не посчастливилось видѣть. Въ одномъ только случаѣ (№ 27) на конъюнктивѣ лѣваго нижняго вѣка на границѣ средней трети съ внутренней былъ виденъ старый бѣлый рубецъ,

простиравшийся отъ переходной складки почти до свободнаго рѣсничнаго края вѣка, съ полной анестезіей и аналгезіей. Сидѣла ли здѣсь когда-нибудь опухоль, сказать нельзя, хотя пациентка это и утверждала. Итакъ, на основаніи своихъ изслѣдованій надъ матеріаломъ, превосходящимъ по числу больныхъ матеріалъ всѣхъ другихъ авторовъ, работавшихъ по этому вопросу, я долженъ прійти къ такому же заключенію, къ какому меня привело изученіе литературы вопроса: самостоятельныхъ новообразованій конъюнктивы при проказѣ не бываетъ; вторично *conjunctiva bulbi* захватывается ими иногда¹⁾, *conjunctiva palpebrarum* крайне рѣдко.

Измѣненіемъ чувствительности соединительной оболочки авторы почти совершенно не занимаются, они упоминаютъ объ анестезіи, какъ объ этиологическомъ моментѣ для возникновенія гипереміи, катарра и т. д. При изученіи чувствительной сферы мнѣ помимо всѣхъ трахоматозныхъ пришлось исключить еще 11 человекъ, самыхъ неинтеллигентныхъ и не пользовавшихся моимъ довѣріемъ; осталось такимъ образомъ для изслѣдованія 130 человекъ (67 муж. и 63 женщ.). У 26 человекъ (14 муж. и 12 женщ.) можно было констатировать измѣненіе чувствительности со стороны соединительной оболочки, т. е. въ 20%. Пользѣ видимо никакой роли здѣсь не играли.

Тщательное изученіе измѣненной чувствительности соединительной оболочки, роговицы и кожи вѣкъ привело меня къ слѣдующимъ выводамъ:

1) Всякое пониженіе чувствительности на роговицѣ сопровождается также пониженіемъ ея на соединительной оболочкѣ вѣкъ и яблока.

2) При разстройствахъ чувствительности на соединительной вѣкѣ и яблока и на роговицѣ, явленія всегда сильнѣе выражены на конъюнктивѣ вѣкъ и слабѣе всего на роговицѣ, на которой разстройство никогда не доходило до полной анестезіи, тогда какъ въ прочихъ частяхъ она замѣчалась неоднократно.

¹⁾ О лепромахъ conj. b. см. ниже въ главѣ объ эписклерѣ.

3) Чувствительность повидимому раньше всего исчезаетъ на конъюнктивѣ вѣкъ и дольше всего остается неизмѣнной на роговицѣ. — Анэстезія вѣкъ, конъюнктивы и роговицы нерѣдко констатируется при тяжелыхъ формахъ лепры глаза, но по состоянію чувствительности нельзя судить о тяжести случая.

Lepra maculo-anaesthetica. — При изслѣдованіи 77 больныхъ соединительная оболочка оказалась неизмѣнной въ 34 случаяхъ, т. е. въ 44,15%, немного чаще, чѣмъ при бугристой формѣ. Какъ при этой, такъ и при пятнистой формѣ роль въ патологіи конъюнктивы очевидно значенія не имѣетъ: у мужчинъ она была поражена въ 42%, у женщинъ въ 45%.

При *Lepra maculo-anaesthetica* измѣненія почти исключительно ограничивались катарральными состояніями всевозможной степени, начиная отъ легкой инъекціи конъюнктивы вѣкъ и кончая картиной, которая наблюдается какъ исходъ тяжелыхъ бленнорройно-подобныхъ воспаленій. Простую гиперемію можно было констатировать въ 14 случаяхъ, 5 разъ она осложнилась гипереміей со стороны конъюнктивы яблока. Въ катарральномъ состояніи находилась конъюнктива вѣкъ у 19 больныхъ, 10 разъ принимала болѣе или менѣе участіе также *conjunctiva bulbi*. У одного пациента конъюнктивы были въ сильной степени атемичны: тотъ же больной и еще другой, страдавшій гипереміей, имѣли итеригія, при пораженной чувствительности на конъюнктивѣ вѣкъ и яблока.

Тогда какъ при *Lepra tuberosa* мы почти всегда находили предрасполагающіе моменты для возникновенія гиперемій, катарра и т. д., при *Lepra maculo-anaesthetica* они довольно часто отсутствовали. Въ 12 случаяхъ т. е. въ 35% нельзя было констатировать ни *lagophthalmus'a*, ни анэстезіи, ни другихъ какихъ либо причинъ. Напротивъ, 11 разъ существовалъ *lagophthalmus* (36%), у пяти больныхъ осложненный даже выворотомъ, при отсутствіи всякаго конъюнктивита. При пониженной чувствительности отсутствіе катарра можно было констатировать только у трехъ больныхъ (16%); слѣдовательно, при анэстезіи конъюнктива рѣже оставалась здоровой, чѣмъ

при lagophthalmus'ф. Во всѣхъ же 10 случаяхъ, въ которыхъ одновременно существовали lagophthalmus и измѣненія чувствительности, конъюнктива всегда была больна.

Теперь перейдемъ къ разсмотрѣнію такъ называемаго инфра- и перикорнеального конъюнктивита Borthen'a. У всѣхъ десяти больныхъ, у которыхъ пораженіе конъюнктивы яблока болѣе или менѣе походило на картину, упоминаемую Borthen'омъ, одновременно существовалъ lagophthalmus. Только въ четырехъ случаяхъ можно было констатировать иритъ или слѣды бывшаго его существованія, обстоятельство, заставляющее насъ во всякомъ случаѣ высказать свое сомнѣніе относительно той роли, которую принимаетъ этотъ авторъ сосудистому тракту при возникновеніи означеннаго заболѣванія. Если принять иритъ или иридоциклитъ за основную причину, а остальные факторы (lagophthalmus, анестезію, недостаточное омываніе глаза слезами) за моменты, только располагающіе къ заболѣванію известной части конъюнктивы глазного яблока, то для насъ является совершенно непонятнымъ, почему подобные ограниченные конъюнктивиты у Borthen'a встрѣчаются только при lagophthalmus'ф, а не напр. при анестезіи. И это тѣмъ болѣе удивительно, когда мы знаемъ теперь, что при последней гораздо чаще, чѣмъ при lagophthalmus'ф заболѣваетъ конъюнктива. Предположеніе Borthen'a, будто при болѣзняхъ сосудистаго тракта locus minoris resistentiae слѣдуетъ искать въ подроговичной области, мнѣ кажется слишкомъ смѣлымъ и немотивированнымъ.

Въ виду того, что этотъ родъ конъюнктивита встрѣчается только при lagophthalmus'ф и начинается у внутренняго нижняго квадранта роговицы, т. е. въ томъ мѣстѣ именно, которое прежде всего при этой болѣзни становится доступнымъ вѣшнимъ вліяніямъ, то я прихожу къ заключенію, что „infra- und perikorneale Conjunctivitis“ въ смыслѣ Borthen'a подлежитъ сомнѣнію. Къ тому же означенный конъюнктивитъ можетъ появляться помимо ирита resp. иридоциклита. Всѣ эти случаи хорошо объясняются lagophthalmus'омъ, какъ первичной

причиной. Что процессъ можетъ усиливаться при притахъ или продоциклитахъ, нерѣдко сопровождающихъ тяжелыя формы lagophthalmus'a, и ослабѣвать по излѣченіи ихъ, въ этомъ, конечно, не можетъ быть никакого сомнѣнія.

Чувствительность была изслѣдована у 71 больного (24 муж. и 47 женщ.); она оказалась измѣненной у 18 человѣкъ, у мужчинъ въ 38%, у женщинъ въ 20%. Итакъ, процентъ пораженія чувствительности у послѣднихъ равенъ найденному при *Lepra tuberosa*, для мужчинъ же онъ оказался почти вдвое большимъ.

Результаты моихъ изслѣдованій относительно измѣненій чувствительности при этой формѣ проказы вполне совпадаютъ въ остальномъ съ приведенными по этому же вопросу при бугристой проказѣ. Слѣдуетъ только замѣтить, что чувствительность при *Lepa maculo-anaesthetica* страдаетъ еще чаще и сильнее, чѣмъ при бугристой проказѣ, при чемъ на роговицѣ дѣло нерѣдко доходитъ до полной анестезіи, тогда какъ при узловой формѣ мы этого не наблюдали.

3. Эписклера и склера.

а) Литературныя данныя.

Въ предыдущей главѣ, когда шла рѣчь о новообразованіяхъ конъюнктивы глазного яблока, мы вкратцѣ коснулись вопроса о такъ называемыхъ корнеосклеральныхъ лепромахъ. Сравнительно большая частота ихъ, своеобразный видъ, извѣстная локализациа уже съ самого пачала ученія о проказѣ стали обращать вниманіе изслѣдователей на эти образованія, которыя долго считались единственнымъ заболѣваніемъ глаза при проказѣ; такого мнѣнія о нихъ былъ еще Sylvester въ 1870 году. Взглядъ на строеніе этихъ опухолей въ началѣ существенно отличался отъ господствующаго теперь. Такъ Wolff считалъ ихъ за стафиломы (*staphyloma sarcomatosum*), а Meyer и Berger приняли корнеальную лепрому за лейкосаркому. Многие авторы, признавая специфическій характеръ этихъ новообразованій, впади въ ошибку относительно ихъ локализациа, относи ихъ происхожденіе на счетъ конъюнктивы яблока. О ложности послѣдняго взгляда у насъ была уже рѣчь въ предыдущей главѣ.

Настоящее строеніе и значеніе корнеосклеральныхъ лепромъ выяснили впервые Hansen и Bull. По ученію ихъ, съ которымъ соглашаются и всѣ новѣйшіе изслѣдователи, корнеосклеральныя опухоли или паракорнеальныя, какъ ихъ называетъ Гуляницкій въ стадіи, когда новообразованіе еще не перешло на роговицу, эписклеральнаго происхожденія. Обыкновенно опухоли не остаются строго эписклеральными, распространяясь перѣдко на сосѣднія ткани. Онѣ часто переходятъ

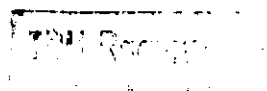
на роговицу, къ чему мы еще вернемся ниже, и на конъюнктиву. Последняя поражается ими гораздо рѣже, и только въ томъ случаѣ, когда новообразование растетъ скоро (Hansen и Bull). Тогда на соединительной оболочкѣ видна инъекція и утолщеніе самой слизистой, а подъ конецъ только сращеніе ея съ опухолью, тогда какъ раньше конъюнктива была легко подвижна надъ новообразованиемъ. Эта легкая подвижность служитъ лучшимъ доказательствомъ того, что о первичномъ заболѣваніи конъюнктивы не можетъ быть и рѣчи (Гуляницкій).

Что касается склеры, то она поражается гораздо чаще конъюнктивы. Въ виду особеннаго расположенія составныхъ элементовъ первой и необычной стойкости ихъ, склера долгое время противостоитъ вросанію новообразования. Вростаніе опухоли въ склеру происходитъ или путемъ разрушенія поверхностныхъ склеральныхъ пластинокъ элементами лепрозной ткани; отчего происходитъ постепенное утонченіе твердой оболочки, хотя процессъ разрушенія обыкновенно не идетъ далѣе наружной половины всей ея толщи; или же лепрозные элементы начинаютъ проростать въ видѣ отдѣльныхъ отростковъ, идущихъ въглубь по ея соковымъ канальцамъ или по лимфатическимъ путямъ, окружающимъ сосуды. Въ последнемъ случаѣ отростки нерѣдко достигаютъ сосудистой оболочки; лепрозная ткань, находя здѣсь удобную почву, опять начинаетъ расти и развиваться (Lie).

Далѣе, склера можетъ быть поражена еще со стороны глубокихъ частей; узлы Шлемова канала, радужки, рѣсничнаго тѣла, распространяясь далѣе, могутъ перейти на склеру и дать такимъ образомъ начало лепрознаму склериту (Hansen и Bull).

Первичнаго заболѣванія склеры авторы при лепрѣ не наблюдали (Woesckmann). Нѣкоторые упоминаютъ о грязноватомъ цвѣтѣ склеры при проказѣ, такъ въ случаѣ Borthen'a бѣлокъ глаза совершенно напоминалъ картину при *argyrosis conjunctivae*. Объясняется такое явленіе, по Hansen'у и Bull'ю, продолжительной гинереміей, вызываемой эписклеральными опухолями.

Эписклера, какъ видно изъ статистики Гуляницкаго и Borthen'a, заболѣваетъ при проказѣ довольно часто, у перваго автора она была поражена въ 41%, у второго въ 53%. Иногда болѣзнь начинается у лимба болѣе или менѣе ограниченной гипереміей, простирающейся на сосуды конъюнктивы или эписклеры; нерѣдко замѣчается инъекція въ обѣихъ тканяхъ. Часто гиперемія совершенно отсутствуетъ, и первымъ признакомъ заболѣванія эписклеры служитъ желтое или буровато-желтое окрашиваніе субконъюнктивальной ткани у лимба. Наконецъ, означенное окрашиваніе эписклеры можетъ встрѣчаться совместно съ гипереміей (Borthen). Изъ такой начальной стадіи развивается опухоль, но рѣдко подъ видомъ остраго воспаленія; иногда сопутствующая ей гиперемія служитъ единственнымъ признакомъ раздраженія. Если послѣдняя отсутствуетъ, то заболѣваніе характеризуется только мало по малу увеличивающимся инфильтратомъ (Borthen). Инфильтраты обыкновенно плоски и имѣютъ наклонность увеличиваться скорѣе въ ширину, чѣмъ въ толщину (Meuer и Berger), но иногда они принимаютъ форму конуса. Начинается эписклеральная опухоль обыкновенно у лимба; только у Leleoir'a (Pl. I, Fig. 6) и Borthen'a мы встрѣчаемъ по одному случаю, гдѣ опухоль сядѣла на нѣкоторомъ разстояніи отъ лимба. Въ громадномъ большинствѣ случаевъ лепромы локализируются у наружнаго нижняго квадранта роговицы, съ внутренней стороны онѣ появляются гораздо рѣже. Обыкновенно поражаются оба глаза на симметричныхъ мѣстахъ, при чемъ степень развитія лепромъ на каждомъ глазу можетъ быть различная. Почему именно наружный нижній квадрантъ пользуется такимъ предпочтеніемъ, сказать трудно; по мнѣнію Borthen'a, здѣсь должна быть нѣкоторая аналогія съ покровами тѣла, которые также въ началѣ преимущественно заболѣваютъ въ мѣстахъ, наиболѣе подверженныхъ вліянію воздуха и температуры. Инфильтратъ, являющійся обыкновенно въ формѣ треугольника съ основаніемъ у лимба, разсылая вдоль послѣдняго свои отростки, можетъ принять довольно большіе



размѣры, а при благопріятныхъ условіяхъ въ видѣ кольцеобразной опухоли окружить даже всю роговицу. Иногда появляются одновременно нѣсколько узловъ, которые впоследствии могутъ соединиться въ одно цѣлое. Изъ работъ Meuser'a и Logan'd'a очевидно, что корнеосклеральныя лепромы всегда образуются изъ сліянія миллиарныхъ флиетепоподобныхъ бугорковъ. Въ весьма рѣдкихъ случаяхъ инфильтратъ выступаетъ сразу вокругъ всей роговицы. Ширина инфильтрата у различныхъ частей лимба мѣняется, наибольшей онъ достигаетъ обыкновенно на мѣстѣ своего появленія, но до приерѣпленія глазныхъ мышцъ не доходитъ (Borthen). Высота эписклеральнаго узла иногда достигаетъ 4—5 милл.; при такой величинѣ смыканіе вѣкъ становится уже затруднительнымъ. Наибольшей высоты опухоль достигаетъ у лимба и здѣсь по направленію къ роговицѣ обыкновенно круто понижается, тогда какъ въ сторону склеры пониженіе идетъ довольно медленно. Масса лепромы довольно пластична. Нерѣдко на нихъ замѣтна борозда, по своему положенію соответствующая мѣсту соприкосновенія свободныхъ краевъ вѣкъ (Borthen). Иногда на опухоляхъ существуетъ измѣненіе чувствительности, такъ Рапалъ пахидиль тактильную ослабленной въ мѣстахъ, гдѣ опухоль лежала въ роговицѣ, тогда какъ болевая въ его случаяхъ оказывалась неизмѣненной, о склеральной части лепромъ онъ ничего не говоритъ. Цвѣтъ лепромъ мѣняется въ зависимости отъ обстоятельствъ: въ стадіи развитія, при отсутствіи гипереміи, онѣ кажутся болѣе или менѣе блѣдными съ желтоватымъ или буровато-желтымъ оттѣнкомъ, къ которому при гипереміи присоединяется еще своего рода красноватый или фіолетовый тонъ, смотря по тому, преобладаетъ ли конъюнктивальная или рѣсничная инъекція. При дальнѣйшемъ развитіи цвѣтъ лепромъ становится все болѣе и болѣе желтымъ, такъ что наконецъ онѣ по цвѣту получаютъ большое сходство съ зрѣлымъ ячменнымъ зерномъ. Въ стадіи обратнаго развитія отдѣльные узлы обыкновенно удерживаютъ желтую окраску, тогда какъ при болѣе развитой плоской инфильтраціи часто существуетъ красный или фіолетово-красный

цвѣтъ, такъ какъ въ этихъ случаяхъ обыкновенно встрѣчаются внутриглазные заболѣванія, влекущія за собою болѣе или менѣе сильную рѣспичную инъекцію. По всасываніи опухолей, остается на мѣстѣ послѣднихъ грязновато-сѣрое окрашиваніе или онѣ исчезаютъ безслѣдно (Borthen).

Развиваются опухоли весьма медленно, иногда даже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ; вообще изрѣдка наблюдается сравнительно быстрый ихъ ростъ. На высшей ступени своего развитія онѣ могутъ оставаться продолжительное время безъ видимыхъ измѣненій. Исчезаютъ онѣ почти всегда путемъ рассасыванія и крайне рѣдко изъязвляются; сюда относятся, по Borthen'у, только тѣ случаи, когда извѣнный процессъ строговичной части опухоли переходитъ на склеральную. Первымъ признакомъ наступившаго распада въ новообразованіи служитъ измѣненіе его поверхности; послѣдняя, раньше гладкая и блестящая, становится неровной и бугристой, появляются отдѣльныя углубленія, черезъ которыя, правда, въ рѣдкихъ случаяхъ можетъ даже просвѣчивать пигментъ uveae. Опухоли исчезаютъ, какъ мы уже говорили, или безслѣдно, или оставляютъ за собою упомянутое грязновато-сѣрое окрашиваніе; въ этомъ мѣстѣ обыкновенно констатируется сращеніе конъюнктивы съ склерой.

Что касается прогноза, то эписклеральныя опухоли должны вообще считаться серьезнымъ заболѣваніемъ. Только въ тѣхъ случаяхъ, когда лепрома ограничивается одной склерой безъ эписклерой и въ послѣдствіи подвергается процессу рассасыванія, предсказаніе можетъ считаться благоприятнымъ. Въ рѣдкихъ случаяхъ въ слѣдствіе истонченія склеры могутъ образоваться стафиломатозныя выпячиванія послѣдней (Woesckmann). Но какъ мы уже говорили, процессъ обыкновенно не остается строго эписклеральнымъ, онъ часто переходитъ на роговицу и сосудистый трактъ, и въ такомъ случаѣ, конечно, можетъ повести къ весьма печальнымъ послѣдствіямъ. Къ тому же лепромы имѣютъ склонность къ возврату, что еще болѣе ухудшаетъ прогнозъ.

При *Lepra maculo-anaesthetica* склерить и эписклерить не наблюдаются. Въ рѣдкихъ болѣе тяжелыхъ случаяхъ такъ называемаго инфра- и перикорнеального конъюнктивита Borthen'a, иногда страдаетъ и субконъюнктива, но никогда этотъ безусловно вторичный процессъ не ведетъ къ образованію опухоли эписклеры (Borthen).

б) Собственные изслѣдованія.

На измѣненія эписклеры и склеры были изслѣдованы всѣ 157 человѣкъ съ бугристой формой проказы, при чемъ эти оболочки оказались болѣе или менѣе инфильтрованными въ 29 случаяхъ, т. е. въ 18,5%. Процентъ заболѣванія, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ былъ одинаковъ. Большое разногласіе съ статистическими данными Гуляницкаго и Borthen'a относительно частоты эписклеральныхъ опухолей значенія не имѣетъ. Совершенно справедливо замѣчаютъ означенные авторы, особенно Borthen, что болѣе или менѣе подходящихъ къ истинѣ данныхъ едва ли можно получить въ виду того, что нерѣдко инфильтраты безслѣдно всасываются, и къ тому пациенты по своей неинтеллигентности или не знаютъ о бывшихъ страданіяхъ, или о нихъ совершенно забываютъ.

Изъ вышеупомянутыхъ 29 больныхъ, имѣвшихъ эписклеральныя лепромы, у 19 были паракорнеальныя и у 10 склерокорнеальныя опухоли. У 16 человѣкъ были поражены оба глаза, при чемъ 8 разъ можно было констатировать строгую симметричность въ расположеніи опухолей. У остальныхъ 13 больныхъ лепромы помѣщались девять разъ справа и четыре раза слѣва. Только у одного пациента (№ 181) лепрома повидимому не принадлежала къ лимбу, между послѣднимъ и новообразованіемъ оставалось пространство въ одинъ милл. слишкомъ, не занятое инфильтратомъ, во всѣхъ остальныхъ случаяхъ онъ непосредственно прилегалъ къ лимбу или переходилъ его. Располагались лепромы всегда съ наружной стороны роговицы, въ иныхъ случаяхъ опухоль переходила вдоль лимба и на внутреннюю половину. Инфильтратовъ, локализованныхъ исключительно на

этой сторонѣ, я не могъ констатировать. Что касается болѣе точной локализациі лепромъ, то я на основаніи своего матеріала могу подтвердить мнѣніе тѣхъ авторовъ, которые въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ роговицы видятъ нѣкоторое предрасположеніе къ образованію опухолей. У 12 моихъ больныхъ новообразование сидѣло въ упомянутомъ мѣстѣ, при чемъ въ трехъ случаяхъ оно наблюдалось одновременно на обоихъ глазахъ; 9 разъ опухоль окружала всю наружную половину роговицы, у четырехъ больныхъ на обоихъ глазахъ; у 9 пациентовъ инфильтратъ помѣщался снаружи отъ роговицы по горизонтальному меридіану; два раза лепрома ограничивалась лимбомъ наружного верхняго квадранта. У одного больного инфильтратъ почкообразно окружалъ нижнюю половину роговицы, у другого послѣдняя вся была окружена кольцевиднымъ валомъ; въ двухъ случаяхъ подобное кольцо прерывалось у внутренняго верхняго квадранта, гдѣ инфильтратъ совершенно отсутствовалъ; у пациента № 18 лѣвая роговица съ обѣихъ сторонъ была окружена сѣрповидной желтоватой опухолью; соединяла сверху оба инфильтрата между собою буроватая кайма, которая вмѣстѣ съ тѣмъ служить доказательствомъ того, что здѣсь раньше имѣлось одно цѣлое, повидному разъединившееся по случаю наступившаго регрессивнаго метаморфоза.

Во всѣхъ моихъ случаяхъ всегда существовала только одна опухоль; милиарныхъ фликтено-подобныхъ бугорковъ, о которыхъ упоминаютъ Meuer и Logand, мнѣ не приходилось наблюдать.

Исслѣдованные мною инфильтраты находились въ самыхъ различныхъ стадіяхъ развитія, начиная отъ еле замѣтнаго припуханія и кончая настоящими опухолями, въ ширину превосходившими 1 см. и въ толщину имѣвшими также не меньше 1 см. Чаше всего эписклера заболѣвала въ видѣ плоскаго инфильтрата, наибольшая высота котораго приходилась у лимба, здѣсь обыкновенно опухоль превращалась крутымъ обрывомъ, между тѣмъ какъ по направленію къ склерѣ высота ея уменьшалась постепенно. Поверхность опухолей почти всегда была ровная, только въ одномъ случаѣ она представлялась сильно бугристой

(№ 215), а въ другомъ на лепромѣ было нѣсколько значительныхъ углубленій — признакъ наступившаго размягченія (№ 42).

Конъюнктива надъ опухолями, за исключеніемъ двухъ случаевъ, всегда была легко подвижна, тогда какъ опухоль сама оставалась неподвижной. Цвѣтъ лепромъ колебался въ предѣлахъ отъ свѣтло-желтаго до темно-бураго, въ нѣкоторыхъ случаяхъ ясно выдавалась примѣсь грязновато-сѣраго цвѣта. У нѣкоторыхъ больныхъ существовалъ розоватый или фіолетово-красный оттѣнокъ, въ большинствѣ случаевъ сопутствовавшій пораженіемъ сосудистаго тракта: у паціента № 216 лепромы были мясисто-краснаго цвѣта.

Кромѣ того, у 14 другихъ больныхъ склера при отсутствіи инфильтрата была возлѣ лимба измѣнена въ цвѣтъ. У двухъ изъ нихъ роговица вся оказалась окруженной узкой темнобурой каймой, у остальныхъ двѣнадцати это измѣненіе въ цвѣтъ ограничивалось участками, соответствующими локализациі эписклеральныхъ опухолей. У трехъ больныхъ (№№ 217, 227, 242) имѣлась ограниченная конъюнктивальная и эписклеральная инъееціи въ видѣ треугольника съ основаніемъ у роговицы, а у остальныхъ девяти участки были перѣзко ограничены, бураго цвѣта; на четырехъ изъ нихъ можно было констатировать еще пониженіе чувствительности. Предыдущіе три случая (№№ 217, 227 и 242), по моему мнѣнію, представляютъ стадію, предшествоющую появленію эписклеральной опухоли; въ пользу чего говоритъ ихъ общій видъ, у паціента № 217 помимо того еще локализациі симметричная съ опухолью на другомъ глазу, а у № 242 прямое клиническое наблюденіе, гдѣ по истеченіи трехъ мѣсяцевъ на данномъ мѣстѣ образовалась опухоль. Бурый мѣста, судя по даннымъ литературы, должны быть ничто другое, какъ слѣды бывшихъ лепромъ, что подтверждается ихъ локализацией и измѣненіемъ чувствительности, а больше всего еще тѣмъ обстоятельствомъ, что подобные участки встрѣчались рядомъ съ опухолями регрессивнаго періода и составляли съ ними, какъ бы одно цѣлое. Упоминаемую авторами грязновато-сѣрую окраску склеры я видѣлъ только въ одномъ случаѣ.

Чувствительность на паракорнеальных лепромахъ была только у двухъ больныхъ измѣнена (10%), разъ понижена, разъ она отсутствовала. На склерокорнеальныхъ опухоляхъ поврежденіе чувствительности существовало у восьми больныхъ, т. е. въ 80%, въ одномъ случаѣ она совершенно отсутствовала, въ прочихъ она была ослаблена. 6 разъ одновременно существовала анестезія и на конъюнктивѣ, а въ 4 случаяхъ и на роговицѣ; у пациента № 97 можно было констатировать анестезію на роговичной части опухоли, тогда какъ на остальной роговицѣ чувствительность была нормальна. Наблюдавшаяся въ одномъ случаѣ (№ 164) рѣсничная стафилома вѣроятно всего должна быть разсматриваема, какъ слѣдствіе лепрознаго эписклерита.

4. Роговая оболочка.

а) Литературныя данныя.

Измѣненія роговицы играютъ въ патологіи проказы глаза выдающуюся роль, перѣдко они бываютъ главной или даже единственной причиною упадка зрѣнія, а иногда и слѣпоты.

Особенно типичными и интересными являются эти измѣненія при *Lepros tuberosa*. Роговица при этой формѣ можетъ быть поражена двоякимъ образомъ, или въ видѣ поверхностнаго помутнѣнія („*superficial obscuration*“ по номенклатурѣ Hansen'a и Bull'я), или въ видѣ опухоли („*tuber*“ тѣхъ же авторовъ).

Чаще встрѣчается первая форма; по изслѣдованіямъ Восскманн'а, $\frac{3}{4}$ больныхъ бугристой проказой страдаютъ глазами, и только $\frac{1}{6}$ этихъ несчастныхъ бываетъ пощажена „лепрознымъ кератитомъ.“ Существуютъ для него еще другія названія, какъ *rammus leprosus*, *leproma*; но наиболѣе подходящимъ мнѣ кажется терминъ, употребляемый Borthen'омъ, „*Keratitis punctata superficialis*,“ дающій лучшее представленіе о картинѣ болѣзни и устраняющій возможную путаницу. Появленіе кератита не связано съ какимъ-либо моментомъ общаго заболѣванія, онъ можетъ обнаружиться въ весьма раннемъ періодѣ (Hansen и Bull) и весьма часто служитъ первымъ признакомъ страданія глаза (Borthen). Противоположнаго мнѣнія Lopez, который наблюдалъ лепрозный кератитъ только въ позднихъ стадіяхъ лепры. Начинается означенное заболѣваніе обычно-

венно одновременно на обоих глазахъ, а именно у лимба наружнаго верхняго квадранта. Въ упомянутомъ мѣстѣ образуется для невооруженнаго глаза чуть замѣтное сѣроватое помутнѣніе, которое, при изслѣдованіи луной и при боковомъ освѣщеніи, оказывается состоящимъ изъ отдѣльныхъ совершенно поверхностно лежащихъ сѣроватыхъ точечныхъ инфильтратовъ. Послѣдніе могутъ быть расположены въ видѣ рядовъ, а иногда они такъ многочисленны, мелки и скучены, что роговица вся представляется, какъ бы опыленной мукою (Hansen и Bull). Появленіе кератита, равно и дальнѣйшее развитіе его не сопровождаются никакими реактивными явленіями, благодаря чему онъ не обращаетъ на себя вниманія ни врача, ни пациента; послѣднему кератитъ даетъ знать о себѣ только при переходѣ на область зрачка.

Инфильтраты въ благопріятномъ случаѣ могутъ всосаться, но, какъ правило, большіе оставляютъ послѣ себя слѣды въ видѣ точечныхъ миліарныхъ рубцовъ съ слабо буроватымъ оттѣнкомъ (Borthen). Теченіе кератита весьма медленное; по прошествіи долгаго времени, иногда нѣсколькихъ лѣтъ, помутнѣніе начинаетъ увеличиваться, образуются опять новыя инфильтраты, подвергающіеся той же упомянутой участи. Такихъ приступовъ, смѣняемыхъ мирными періодами, можетъ быть весьма много, и каждый влечетъ за собою до извѣстной степени все большую потерю прозрачности роговицы. Къ счастью, кератитъ имѣетъ склонность распространяться по периферіи и въ рѣдкихъ случаяхъ переходить на центръ роговицы (Hansen и Bull), во всякомъ случаѣ помутнѣніе никогда не бываетъ столь сильнымъ, чтобы нельзя было узнать строенія и цвѣта радужной оболочки (Borthen). Въ болѣе позднихъ стадіяхъ процессъ, не ограничиваясь поверхностными слоями, можетъ перейти и въ глубь роговицы; въ этомъ періодѣ лепрозный кератитъ получаетъ нѣкоторое сходство съ паренхиматознымъ, съ которымъ его сравниваютъ Lopez, Azavedo Lima и Jeanselme и Morax.

Цвѣтъ такихъ болѣе или менѣе распространенныхъ помутнѣній синевато-бѣлый, который по направленію къ центру роговицы становится все слабѣе, а у периферіи, особенно въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ, можетъ превратиться въ настоящій молочно-бѣлый, — картина, напоминающая по Hansen'у и Bull'ю, Philipsson'у и др. геронтоксонъ, съ той разницей, что характерная для него прозрачная часть роговицы между нимъ и лимбомъ отсутствуетъ.

Если изслѣдовать такую роговицу при помощи луны и бокового освѣщенія, то периферическая часть ея, мѣсто первоначальнаго появленія кератита, представляется совершенно диффузно помутненной, дальше отъ периферіи роговицы помутнѣніе состоитъ изъ отдѣльных болѣе или менѣе диффузно ограниченныхъ точекъ, лежащихъ совершенно близко другъ къ другу и кое-гдѣ сливающихся въ точки большихъ размѣровъ или въ помутнѣнія въ видѣ штриховъ; еще ближе къ центру встрѣчаются только одиночныя чуть замѣтныя точки, разбѣдинныя прозрачными мѣстами роговицы. Иногда приходится наблюдать васкуляризацию, берущую свое начало изъ конъюнктивальныхъ или эписклеральныхъ сосудовъ, но въ общемъ она бываетъ слабо выражена и по большей части ограничивается периферіей (Гуляницкій). Эпителій во всѣхъ случаяхъ оказывается незатронутымъ, только Jeanselme и Могахъ упоминаютъ объ одномъ случаѣ съ эпителиальными эрозіями.

Что касается предсказанія при лепрозномъ кератитѣ, то авторы здѣсь расходятся. По мнѣнію Borthen'a оно должно быть въ общемъ хорошее въ виду того, что въ легкихъ случаяхъ помутнѣніе можетъ пройти безслѣдно, а болѣе тяжелые особенно сильнаго упадка зрѣнія не влекутъ за собою. Если таковой и наблюдается, то это зависитъ отъ другихъ заболѣваній глаза, преимущественно отъ пораженія сосудистаго тракта, которое сопутствуетъ болѣе тяжелымъ формамъ точечнаго кератита. Воескани также полагаетъ, что иногда кератитъ можетъ исчезнуть, не оставивши слѣдовъ. Pedraglia относится уже болѣе скептически; по его мнѣнію, кератитъ имѣетъ наклон-

ность распространяться дальше и въ самомъ благопріятномъ случаѣ оставляетъ стойкое помутнѣніе. Lopez идетъ еще дальше, утверждая, что кератитъ всегда ведетъ къ слѣпотѣ.

Помимо описаннаго поверхностнаго кератита Bull'ю приходилось иногда наблюдать при проказѣ отдѣльныя точечныя помутнѣнія въ самой паренхимѣ роговицы; часто они попадались одновременно съ серознымъ притомъ, который, какъ извѣстно, почти всегда ведетъ къ отложеніямъ на Десцеметовой оболочкѣ. Но въ виду того, что помутнѣнія сидѣли передъ ней, иногда локализовались только въ центрѣ роговицы и были констатированы нѣсколько разъ при отсутствіи прита, то авторъ считаетъ означенный кератитъ за особое заболѣваніе. Далѣе Jeanselme и Mogaхъ говорятъ въ своей работѣ, что при обыкновенномъ поверхностномъ кератитѣ иногда встрѣчаются и точечныя помутнѣнія, сидяція непосредственно передъ Десцеметовой оболочкой. Другіе авторы о подобномъ кератитѣ не упоминаютъ.

Иногда при *Lepra tuberosa* наблюдаются язвы роговицы катаррального происхожденія; получаютъ онѣ обыкновенно только въ болѣе позднихъ періодахъ болѣзни, когда бугристая форма успѣла перейти въ анестетическую. Такъ какъ при *Lepra tuberosa* конъюнктива поражается не такъ часто, какъ при *Lepra maculo-anaesthetica*, то и эти язвы здѣсь должны встрѣчаться рѣже, чѣмъ при пятнистой проказѣ (Bortheu).

Познакомившись такимъ образомъ съ кератитами бугристой проказы, перейдемъ къ изученію опухолей роговицы, встрѣчающихся хотя рѣже, но зато имѣющихъ послѣдствія болѣе серьезныя, чѣмъ упомянутое выше заболѣваніе. Опухоли роговицы всегда развиваются вторично изъ инфильтратовъ или лепромъ корнеосклеральной области или изъ узловъ Шлемова канала. О первичныхъ новообразованіяхъ роговицы при проказѣ упоминаютъ только Lopez и Meyer и Berger, къ чему компетентные авторы относятся весьма скептически.

Роговичная лепрома, какъ слѣдствіе энисклеральной, занимаетъ поверхностные и средніе слои оболочки и представляетъ болѣе или менѣе выдающуюся надъ поверхностью послѣдней опухоль. Появленію лепромы обыкновенно предшествуетъ болѣе или менѣе ограниченное синевато-бѣлое помутнѣніе въ роговицѣ, на которомъ впослѣдствіи образуется лепрома.

Но существуютъ еще лепромы, захватывающія самые глубокіе слои роговицы, лежащія непосредственно передъ Десцеметовой оболочкой. Эти лепромы берутъ начало изъ инфильтратовъ въ области Шлемова канала или угла передней камеры (?). Эти образованія не имѣютъ вида опухоли въ собственномъ смыслѣ слова, а напоминаютъ глубокіе инфильтраты, какъ это встрѣчается напримѣръ при *keratitis parenchymatosa* или *keratitis sclerotica*.

Это раздѣленіе лепромъ на поверхностныя и глубокія принадлежатъ Hansen'у и Bull'ю. Однако такое дѣленіе еще до послѣдняго времени всѣми игнорировалось, пока Borthen и Lie не стали опять на него обращать вниманія.

Самымъ медленнымъ развитіемъ отличаются узлы среднихъ слоевъ, скорѣе растутъ поверхностные, среднее мѣсто между ними занимаютъ глуболежащіе (Borthen); долго противостоятъ росту ихъ Десцеметова оболочка, если же послѣдняя разъ узурпируется, то опухоль начинаетъ развиваться въ передней камерѣ и можетъ наконецъ выполнить всю ее. Но въ общемъ лепромы въ заднихъ частяхъ роговицы встрѣчаются рѣже, и въ большинствѣ случаевъ, если таковыя и констатируются въ передней камерѣ, то исходнымъ пунктомъ служить не роговица, а части глаза, лежащія вѣ ея (Lie).

Глубокія опухоли отличаются сѣроватымъ или желтовато-сѣрымъ цвѣтомъ и не достигаютъ такихъ размѣровъ, какъ поверхностныя, хотя въ болѣе позднихъ стадіяхъ и онѣ могутъ инфильтровать всю роговицу. Поверхностныя лепромы нерѣдко захватываютъ всю роговую оболочку и достигаютъ весьма значительной величины. Не мало описано случаевъ въ литературѣ,

гдѣ новообразованіе простиралось до наружнаго или внутренняго угла глазной щели и далеко выпячивалось изъ нея, такъ что смыканіе вѣкъ было совершенно невозможно. Подобнаго рода опухоли обыкновенно богаты сосудами и отличаются мясисто-краснымъ цвѣтомъ и бугристой поверхностью.

Ростъ роговичныхъ лепромъ, въ отличіе отъ эписклеральныхъ, нерѣдко сопровождается сильнѣйшими болями, которыя временами проходятъ, но иногда могутъ продолжаться безпрестанно, даже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ. Боли эти, по всей вѣроятности, зависятъ какъ отъ пораженія самой роговицы, такъ и отъ заболѣванія сосудистаго тракта, весьма часто сопутствующаго корнеосклеральнымъ лепромамъ (Borthen). Нерѣдко такіе пациенты страдаютъ сильной свѣтобоязнью и слезотеченіемъ, хотя уже давно ослѣпли (Borthen).

Достигши полнаго своего развитія, лепромы могутъ въ такомъ состояніи оставаться долгое время, иногда нѣсколько лѣтъ, пока не наступятъ въ нихъ дегенеративныя измѣненія. Регрессивный метаморфозъ опухолей можетъ быть различенъ. Обыкновенно онѣ всасываются, оставляя за собой стойкія помутнѣнія роговицы. Глубокія лепромы всегда влекутъ за собою болѣе или менѣе сильныя лейкомы съ послѣдующей атрофіей роговой оболочки, а въ болѣе тяжелыхъ и атрофію глаза. При поверхностныхъ же, если онѣ слабо выражены и ограничиваются только нѣкоторою частью роговицы, зрѣніе можетъ еще оставаться на сносной степени. Большія лепромы, занимающія всю роговицу, почти всегда ведутъ къ атрофіи ея и нерѣдко даже къ сморщиванію глазного яблока.

Другой исходъ лепромъ — изъязвленіе. Некробиотическіе процессы, появляющіеся въ нихъ, могутъ иногда вызвать образованіе настоящаго абсцесса. Въ большинствѣ случаевъ роговица во всю свою толщю не поражается, а дѣло кончается болѣе или менѣе сильнымъ помутнѣніемъ. Но наблюдается иногда перфорация съ послѣдующими передними синехіями и даже можетъ развиваться полная стафилома (Leloir). Последняя, какъ видно изъ работы Pollock'a, въ конечныхъ стадіяхъ лепры

глаза не составляет рѣдкости: изъ 41 слѣпного 10 человекъ имѣли стафиломы, при чемъ у трехъ онѣ существовали на обоихъ глазахъ; въ трехъ случаяхъ стафиломы были причиною вторичной глаукомы; разъ послѣдняя существовала при передней синехии.

Что касается предсказанія слепоты роговицы, то Borthen считаетъ его *quoad visum* всегда неблагоприятнымъ, а въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ не удастся, по его мнѣнiю, даже сохранить форму и величину глазного яблока. Просмотръ литературы въ данномъ отношенiи подтверждаетъ высказанное имъ мнѣнiе.

Для большей полноты я позволю себѣ привести еще нѣсколько общихъ статистическихъ данныхъ Borthen'a, слѣдующихъ относительно заболѣванiя роговицы при проказѣ. При изслѣдованiи 117 больныхъ 44 человека — 28 мужчинъ (36,84%) и 16 женщинъ (39,02%) — оказались съ здоровыми роговицами. Изъ этихъ 44 пациентовъ у 27 глазное яблоко было вообще нетронуто, а остальные 17 страдали энисклеритомъ или иритомъ герп. придоциклитомъ или одновременно тою и другою болѣзнию. Изъ чего, по этому автору, слѣдуетъ, что роговая оболочка иногда, не смотря на другiя серьезныя заболѣванiя глазного яблока, можетъ оставаться здоровой. Далѣе авторъ упоминаетъ, что у 37 человекъ (84,09%) съ неизмѣненной роговицей не прошло еще десяти лѣтъ съ начала болѣзни, съ другой стороны ему приходилось наблюдать больныхъ, которые уже страдали 15, 22, 28 и 35 лѣтъ проказой, но, не смотря на это, роговицы все оставались прозрачными. Что касается состоянiя остальныхъ частей глаза при измѣненной роговицѣ, то въ 4 случаяхъ были поражены cornea и episclera, въ 3 одна cornea, въ 20 cornea и iris, а въ 46 episclera, cornea и iris. Изъ сказаннаго авторъ заключаетъ, что заболѣванiе одной роговицы или энисклеры съ роговицей встрѣчается рѣдко, рано или поздно они осложняются разстройствами со стороны радужной оболочки или всего сосудистаго тракта. Сравнительно большая частота страданiй роговицы совмѣстно съ радужной оболочкой объясняется тѣмъ, что при пораженiяхъ послѣдней нерѣдко вторично заболѣ-

наетъ первая. Что касается времени появленія разстройствъ, то изъ таблицъ Borthen'a явствуетъ, что уже въ первомъ десятилѣтїи проказы большая половина (54,32%) страдаетъ болѣзнями роговой оболочки.

Lepra maculo-anaesthetica. — Судя по литературнымъ даннымъ, измѣненія роговицы при пятнистой проказѣ обращали на себя меньше вниманія изслѣдователей. Встрѣчающійся здѣсь *Keratitis e lagophthalamo*, по мнѣнїю Hansen'a и Bull'a, ничего специфическаго не представляетъ, вполне зависить отъ *lagophthalmus*'а и ничѣмъ не отличается отъ подобныхъ кератитовъ вслѣдствіе другихъ причинъ. „*Keratitis xerotica*,“ по изслѣдованіямъ Boeckmann'a, не рѣдкое явленіе: въ 25% всѣхъ случаевъ *lagophthalmus*'а онъ былъ въ состояніи констатировать означенный кератитъ, нерѣдко сопровождавшійся анестезіей роговицы, которую авторъ наблюдалъ въ 25% всѣхъ больныхъ пятнистой формой. Всегда анестезія сопровождалась параличемъ *m. orbicularis*. Hansen и Bull напротивъ совершенно отрицаютъ анестезію роговой оболочки, измѣненіе же чувствительности кожи вѣкъ, преимущественно областей, иннервируемыхъ *n. supraorbitali*, авторы констатировали неоднократно. Помимо главной причины кератита — чрезмѣрнаго высыханія роговицы вслѣдствіе неприкрытія ея нижнимъ вѣкомъ, — по мнѣнїю Boeckmann'a, существуютъ еще другія, какъ атрофія слезной железы и параличъ всасывательнаго аппарата слезныхъ канальцевъ, имѣющій слѣдствіемъ постоянное зіяніе послѣднихъ. Благодаря этому слезы удаляются по нимъ скорѣе обыкновеннаго и роговица омывается ими въ меньшей степени, даже при отсутствіи эверсіи нижняго вѣка.

Оба глаза заболѣваютъ вмѣстѣ гораздо рѣже, чѣмъ при бугристой проказѣ. Они могутъ быть поражены въ одинаковой степени, но нерѣдко одинъ представляется еще совершенно здоровымъ, тогда какъ другой уже серьезно боленъ. Въ самой легкой формѣ болѣзнь состоитъ въ совершенно слабомъ измѣненіи эпителія роговицы, который представляется шероховатымъ, какъ бы истыканнымъ массой булавоочныхъ уколовъ. Въ исключитель-

ныхъ случаяхъ можетъ быть занята вся роговая оболочка, но какъ правило, картина эта наблюдается только въ ея нижней половинѣ. Граница между здоровой и измѣненной частью не всегда находится на одномъ и томъ же мѣстѣ, весьма часто представляется неправильной и не зависитъ отъ верхняго или нижняго вѣка (Borthen). Вслѣдствіе недостаточнаго морганія и омыванія слезами роговица начинаетъ высыхать, и на ней появляются вслѣдствіе наступившаго сморщиванія и сдвигиванія эпителия дефекты. Роговица въ скоромъ времени мутнѣетъ и при падающемъ свѣтѣ получаетъ склерозированный видъ. Затѣмъ начинается образованіе сосудовъ; въ началѣ замѣтные только при помощи луны и бокового освѣщенія, они вскорѣ покрываютъ всю нижнюю половину роговицы въ видѣ поверхностнаго папируса. — Представленная по Borthen'у картина принадлежитъ болѣе легкой формѣ кератита; роговая оболочка до нѣкоторой степени можетъ стать болѣе прозрачной, а пациентъ сохранить удовлетворительное зрѣніе. Но болѣзнь нерѣдко рецидивируетъ и переходитъ въ болѣе тяжелую форму. Въ нижней половинѣ глаза появляется рѣсничная и конъюнктивальная инъекція, помутнѣніе роговицы становится все сильнѣе, мало по малу въ ней образуются поверхностные дефекты, ведущіе вслѣдствіе вторженія микроорганизмовъ къ язвеннымъ процессамъ. Судьба роговицы въ такихъ тяжелыхъ случаяхъ можетъ быть различна; рѣдко случается перфорация, результатомъ которой получаютъ переднія синехія и стафилома, иногда съ явленіями вторичной глаукомы, въ другой разъ исходомъ являются *applanatio* или *atrophia corneae*; чаще всего верхняя половина роговой оболочки остается болѣе или менѣе прозрачной, но вслѣдствіе хроническаго придоцелита наступаетъ *atrophia bulbi*. Въ другихъ менѣе отчаянныхъ случаяхъ процессъ можетъ остановиться, и язва заживаетъ, прикрываясь иногда на нѣкоторомъ протяженіи конъюнктивой, что даетъ поводъ къ образованію такъ называемыхъ ложныхъ птеригіевъ (Borthen).

Воескланн упоминаетъ о легкихъ помутнѣніяхъ въ верхней части роговицы при пятнистой проказѣ; они диффуз-

наго характера и не состоятъ изъ точекъ, какъ при *Lepra tuberosa*. По автору, помутнѣнія представляютъ аналогію съ кожными пятнами при *Lepra maculo-anaesthetica*. Въ одномъ подобномъ случаѣ изъ пятенъ кожи образовались узлы; изъ этого достаточно видно, что Воескмянн вѣроятно все же имѣлъ дѣло съ узловатой проказой въ начальной стадіи, при которой поверхностный кератитъ не рѣдкость, а не съ той пятнистой, которую мы понимаемъ подъ именемъ *Lepra maculo-anaesthetica*. Borthen при точномъ изслѣдованіи 39 больныхъ четыре раза могъ замѣтить нѣсколько поверхностныхъ точекъ, лежавшихъ въ разныхъ квадрантахъ роговицы. Относительно ихъ лепрознаго характера авторъ съ положительностью не высказывается, но съ другой стороны не склоненъ отвергать его, въ виду отсутствія всякой реакціи. Kaupin прямо утверждаетъ, что при изслѣдованіи 37 больныхъ съ анестетической формой, изъ которыхъ 7 раньше страдали бугристой проказой, онъ разъ видѣлъ типическій поверхностный кератитъ. Къ сожалѣнію, авторъ не упоминаетъ какой формой проказы страдалъ именно этотъ больной. Мы во всякомъ случаѣ означенныхъ 7 больныхъ причислили бы къ бугристой формѣ и тогда, конечно, не было бы ничего удивительнаго, если бы у одного изъ нихъ оказался подобный кератитъ.

б) Собственные изслѣдованія.

Прежде чѣмъ перейти къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ заболеванийъ роговицы при *Lepra tuberosa*, мнѣ кажется необходимымъ представить сначала общую статистику ихъ и сравнить мои результаты съ данными Borthen'a, стоящими пока единственными въ литературѣ.

Для избѣжанія всякихъ сомнѣній и недоразумѣній, я изъ числа моихъ 157 больныхъ бугристой проказой исключилъ 15 трахоматозныхъ, затѣмъ одного съ абсолютной глаукомой и случаи (№№ 111 и 115), у которыхъ имѣлись измѣненія роговицы, навѣрно, не лепрознаго характера. Итакъ моя статистика ограничивается 139 пациентами (22-мя больше, чѣмъ у Borthen'a),

изъ нихъ было 71 мужчина и 68 женщинъ. Изъ числа первыхъ совершенно здоровыя роговицы имѣли 19 человекъ (26%), а изъ вторыхъ — 10 (14%). Сюда не относятся 6 женщинъ и 11 мужчинъ, имѣвшихъ здоровыя роговицы только на одномъ глазу. Если принять и ихъ во вниманіе, то процентъ (42% м., 23% ж.) немного приблизится къ установленному Borthen'омъ (38% и 39%). Въ обоихъ случаяхъ мужчины у меня, какъ видно, находились въ лучшихъ условіяхъ, чѣмъ женщины, тогда какъ норвежскій авторъ констатировалъ обратное отношеніе. Изъ упомянутыхъ выше 29 человекъ съ здоровыми роговицами только у 26 можно было опредѣлить продолжительность заболѣванія лепрой, при чемъ у 23 т. е. въ 88,44% еще не прошло 10 лѣтъ съ начала болѣзни, что болѣе или менѣе согласуется съ результатами Borthen'a (84,09%). Почти во всѣхъ этихъ случаяхъ остальные части глаза оказались неизмѣненными, только два раза можно было констатировать слѣды односторонняго протекающаго ирита, одинъ разъ имѣлся эписклеральный инфильтратъ, и одинъ разъ найдена была эписклеральная лепрома съ сомнительными слѣдами бывшаго ирита. Изъ сказаннаго мы видимъ, что только въ рѣдкихъ случаяхъ при другихъ заболѣваніяхъ глазного яблока можно застать роговицу нормальной.

Что касается частоты пораженія послѣдней, то у 110 больныхъ — 52 мужчинъ (74%) и 58 женщинъ (86%) — наблюдались измѣненія роговицы.

Распредѣлялись они по отношенію къ другимъ заболѣваніямъ глаза слѣдующимъ образомъ:

		Borthen.
Пораженіе только роговицы	54 сл. — 50%	4%
„ роговицы, эписклеры и радужки 17 сл. — 15%		63%
„ роговицы и радужки	23 сл. — 21%	27,5%
„ роговицы и эписклеры	16 сл. — 14%	5,5%
	110 случаевъ 100%	100%

Очевидное разноречіе между результатами Borthen'a и моими едва ли объясняется случайностью. Ключъ къ разъ-

ясненію этого вопроса даетъ самъ Borthen. Авторъ въ одномъ мѣстѣ своей работы признается, что роговица въ нѣкоторыхъ случаяхъ была имъ изслѣдована довольно поверхностно, безъ помощи лупы и фокальнаго освѣщенія, вслѣдствіе чего онъ и не въ состояніи дать точныхъ статистическихъ свѣдѣній относительно поверхностнаго лепрознаго кератита¹⁾. Въ другомъ мѣстѣ, въ началѣ общей статистики Borthen также высказывается, что его данныя въ виду вышеупомянутыхъ причинъ, можетъ быть, не будутъ отличаться точностью²⁾. Но тѣмъ не менѣе это нисколько не препятствуетъ автору на основаніи полученныхъ данныхъ выводиться, какъ мы увидимъ въ дальнѣйшемъ, соответствующія заключенія.

Наибольшій процентъ у Borthen'a составляютъ совмѣстные заболѣванія эписклеры, роговой и радужной оболочекъ, тогда какъ, по моимъ изслѣдованіямъ, выходитъ совершенно противоположное. — Какъ мы увидимъ дальше, самое частое пораженіе роговицы при проказѣ состоитъ въ поверхностномъ кератитѣ; всѣ случаи, въ которыхъ была измѣнена одна только роговая оболочка, всецѣло принадлежали этому кератиту. Но распознаваніе этого страданія, особенно въ начальныхъ стадіяхъ является весьма трудной задачей для наблюдателя; только неоднократное, тщательное изслѣдованіе, при помощи лупы и бокового освѣщенія можетъ дать положительные результаты. При изслѣдованіи невооруженнымъ глазомъ, какъ это практиковалось перѣдко Borthen'омъ, въ большинствѣ случаевъ измѣненія навѣрно останутся незамѣченными, и

1) „Ich unterlasse es, eine genaue Statistik über diese Affection zu geben, und zwar deshalb, weil mich die Erfahrung gelehrt hat, erstens dass zu einer sicheren Beurtheilung der An- und Abwesenheit derselben der Gebrauch einer Lupe notwendig ist, und zweitens, dass zur Entscheidung dieser Frage auch die scheinbar gesundeste Hornhaut genau untersucht werden muss. Es können daher in der ersten Zeit meiner Studien wohl einige leichte Fälle meiner Aufmerksamkeit entgangen sein“.

2) „Wie oben bemerkt, glaubte ich für die Hornhautflecken eine genaue Statistik nicht geben zu können. Somit kann ich für die gesamten Hornhautaffectionen auch keine völlig korrekte Statistik geben“.

подобная разница между его результатами и моими должна являться вполне понятной. Далѣе, большой процентъ совмѣстнаго заболѣванія эписклеры, роговицы и радужки — измѣненій, обыкновенно весьма легко улавливаемыхъ даже безъ всякихъ приспособленій — также говоритъ въ пользу того, что Borthen'омъ преимущественно были отмѣчены случаи болѣе сильно выраженные. Не смотря на все это, общій процентъ заболѣванія роговицы у Borthen'a получился сравнительно еще высокій — 62,39%, по моимъ изслѣдованіямъ онъ равняется 79,13%. При болѣе тщательномъ осмотрѣ роговицы, я вполне увѣренъ, у норвежскаго автора получились бы числа ни въ коемъ случаѣ не меньшія моихъ, а, пожалуй, еще ихъ превышающія.

Что же касается времени пораженія роговицы, то я согласенъ съ мнѣніемъ Borthen'a, что еще до истеченія десяти лѣтъ большая половина больныхъ бугристой формой проказы заболѣваетъ кератитомъ. Изъ упомянутыхъ 110 больныхъ у 12 нельзя было констатировать времени заболѣванія проказой, изъ оставшихся же 98 человекъ 65 находились еще въ первомъ десятилѣтіи проказы, что составляетъ 66,32% (54,32% Borthen).

Послѣ полученныхъ общихъ статистическихъ данныхъ приступимъ къ разсмотрѣнію отдѣльныхъ видовъ заболѣваній при бугристой проказѣ, соблюдая ту же послѣдовательность, что и въ литературной части.

Точное изслѣдованіе роговой оболочки далеко не принадлежитъ къ числу легкихъ задачъ офтальмолога, особенно когда дѣло идетъ о совершенно мелкихъ, поверхностныхъ, замѣтныхъ только вооруженнымъ глазомъ помутнѣніяхъ, какъ это мы имѣемъ при *Keratitis leprosa superficialis*. Особенно труднымъ является изслѣдованіе въ начальныхъ стадіяхъ кератита, когда послѣдній ограничивается весьма малымъ участкомъ, а иногда только нѣсколькими точками возлѣ лимба или невдалекѣ отъ него. Въ подобныхъ случаяхъ констатировать помутнѣніе удастся только, если заставить больного пристально гля-

дѣтъ внизъ, а вслѣдующій будетъ смотрѣть на глазъ сверху, тогда помутнѣніе выступить особенно рѣзко на черномъ фонѣ зрачка. Такой методъ изслѣдованія, какъ и впоследствии узнавъ, примѣняли уже Hansen и Bull, и я всегда имъ пользовался. Въ случаяхъ, гдѣ и такимъ образомъ не удавалось констатировать кератита, и прибѣгалъ еще къ искусственному расширенію зрачка и тогда нѣсколько разъ отерывалъ помутнѣнія тамъ, гдѣ они повидимому раньше отсутствовали. Примѣняя всегда такой способъ изслѣдованія, я на 139 больныхъ у 98 человекъ т. е. въ 69% могъ констатировать поверхностный лепрозный кератитъ, что приближается къ результатамъ Воеск-тана, по которому больше 60% больныхъ бугристой проказой бываетъ одержимо этимъ страданіемъ. Изъ упомянутыхъ 98 больныхъ было 49 мужчинъ (67,5%) и 49 женщинъ (72%); опять, какъ мы видимъ, послѣднія были въ немного худшихъ условіяхъ, чѣмъ первые. Обыкновенно кератитъ былъ на обѣихъ глазахъ и крайне рѣдко въ одинаковой степени выраженъ. Односторонній поверхностный кератитъ наблюдался въ 18 случаяхъ, при чемъ въ 15 другая роговица была здорова, а въ трехъ имѣлось пораженіе другого вида.

Помутнѣніе почти всегда сидѣло въ поверхностныхъ слояхъ роговой оболочки и только въ 8 случаяхъ оно заходило и въ ея паренхиму въ видѣ небольшого числа пятнышекъ. Особенно сильно были захвачены глубокіе слои у пациента № 236, у котораго картина отчасти напоминала паренхиматозный кератитъ. У 8 больныхъ поверхностный кератитъ сопровождался развитіемъ кровеносныхъ сосудовъ, которые иногда встрѣчались и въ случаяхъ съ глубоко лежавшими помутнѣніями (2 случая). При пораженіи глубокихъ слоевъ всегда отмѣчалось заболѣваніе и другихъ частей глазного яблока (эписклеры и радужки), отчего эти случаи принимали болѣе тяжелый характеръ. Въ общемъ особенно печальныхъ слѣдствій послѣ поверхностнаго кератита я никогда не наблюдалъ, и если они и существовали, какъ напр. въ случаѣ № 236, то были виноваты въ этомъ не кератитъ, а сопутствующія пораженія

сосудистаго тракта. Borthen придерживается такого же мнѣнія въ аналогичныхъ случаяхъ.

Кератитъ у моихъ пациентовъ явился подъ видомъ совершенно поверхностнаго помутнѣнія, иногда состоявшаго изъ отдѣльныхъ точекъ, то строго ограниченныхъ, то съ диффузными краями и болѣе интенсивнымъ центромъ, иногда же все помутнѣніе было диффузное, и точечный характеръ отсутствовалъ. По чаще всего кератитъ былъ диффузный съ отдѣльными болѣе сильно мутными мѣстами, которые ближе къ центру роговицы все болѣе и болѣе выступали, пока не получались, наконецъ, однѣ только точки, расположенныя въ прозрачной роговицѣ.

Помутнѣнія распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

1) въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ	38	глазъ.
2) въ верхней трети	93	"
3) въ верхней половинѣ	9	"
4) по всей роговицѣ или почти по всей	18	"
5) въ наружной половинѣ	2	"
		160 глазъ.

Если принять во вниманіе еще 18 случаевъ съ одностороннимъ кератитомъ (12 разъ только въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ, 6 разъ въ верхней трети роговицы), то получимъ первоначальное число больныхъ $\frac{160}{2} + 18 = 98$.

Изъ представленнаго распредѣленія слѣдуетъ, что во всѣхъ случаяхъ кератита былъ помутненъ наружный верхній квадрантъ роговицы, а въ 50 случаяхъ помутнѣніе ограничивалось только этимъ послѣднимъ, изъ чего явствуетъ, что кератитъ долженъ начинаться въ этой области. Въ виду того, что у шести больныхъ между лимбомъ и помутнѣніемъ на нѣкоторомъ разстояніи роговица оставалась прозрачной, то очевидно кератитъ не всегда начинается у самого лимба. Затѣмъ, по занятіи верхней части наружнаго верхняго квадранта, помутнѣніе распространяется на внутренній верхній квадрантъ и, занявши верхнюю треть роговицы, прерываемую вѣкомъ, процессъ можетъ остановиться. Наблюдавшееся у двухъ больныхъ помут-

пѣніе только въ наружной половинѣ должно считаться рѣдкостью. Много случаевъ, въ которыхъ помутнѣніе было сильнѣе выражено въ наружно-верхнемъ квадрантѣ, чѣмъ въ верхне-внутреннемъ, даѣе случаи, гдѣ на одномъ глазу былъ захваченъ только наружный верхній квадрантъ, а на другомъ вся верхняя треть роговой оболочки, и наконецъ случаи, гдѣ на одномъ и томъ же глазу при помутнѣніи наружнаго верхняго квадранта уже наблюдались отдѣльныя точки въ внутреннемъ верхнемъблизи вертикальнаго меридіана — могутъ только служить подтвержденіемъ моего взгляда на исходное мѣсто и дальнѣйшее теченіе поверхностнаго кератита.

Если процессъ подвигается дальше впередъ, то онъ переходитъ на наружный нижній квадрантъ, обыкновенно не щадя центра роговицы, по въ общемъ онъ остается прозрачнѣе верхпей и наружной частей роговой оболочки. Внутренній нижній квадрантъ захватывается позже всего или совершенно не поражается. Почти во всѣхъ означенныхъ 18 случаяхъ этотъ квадрантъ обнаруживалъ наибольшую прозрачность, а иногда и совершенную, тогда какъ сильнѣе всего помутнѣніе было выражено въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ.

Изъязвленія роговицы при лепрозномъ кератитѣ (Jeanselmе и Морах), точечныхъ помутнѣній въ глубокихъ слояхъ ея передъ Десцеметовой оболочкой (Bull, Jeanselmе и Морах) и катарральныхъ язвъ мнѣ никогда не приходилось наблюдать при бугристой проказѣ. Объ отложеніяхъ на Десцеметовой оболочкѣ рѣчь будетъ при иритѣ. Случай № 111 принадлежитъ къ числу тѣхъ весьма рѣдкихъ, которые недавно описалъ Fuchs¹⁾ подъ названіемъ Randsklerose und Randatrophia der Hornhaut“ и навѣрно ничего общаго съ проказой не имѣетъ.

Что касается лепромъ роговицы, то я ихъ могъ констатировать только у 14 больныхъ т. е. въ 10%, у 6 мужчинъ (8,5%) и 8 женщинъ (11,5%), 9 разъ узлы были на обонхъ

1) Arch. f. Ophth. Bd. LII, Heft 2.

глазахъ, 5 разъ на одномъ, при чемъ въ двухъ случаяхъ другой глазъ былъ здоровъ, а въ остальныхъ на немъ существовалъ поверхностный кератитъ. У 6 больныхъ опухоль распространилась преимущественно на поверхностные слои роговицы, у 8 же она занимала главнымъ образомъ глубокіе.

Это дѣленіе лепромъ роговицы на поверхностныя и глубокія, какъ видно изъ приведенной выше литературы, введено Hansen'омъ и Bull'емъ и считается въ настоящее время общепринятымъ. Въ правильности подобнаго взгляда я позволю себѣ тѣмъ не менѣе усумниться. Лепромой я называю образование лепрозной ткани съ характеромъ настоящей опухоли. Такъ называемыя поверхностныя лепромы дѣйствительно удовлетворяютъ этому требованію, онѣ въ видѣ опухоли возвышаются болѣе или менѣе надъ уровнемъ остальной роговицы. Глубокія же лепромы авторовъ захватываютъ эту оболочку въ видѣ разлитого воспаленія, не образуя на поверхности (спереди или сзади) какого либо замѣтнаго возвышенія въ видѣ опухоли. Следовательно, онѣ имѣютъ характеръ скорѣе диффузнаго воспаленія, какъ напр. при *keratitis parenchymatosa* вслѣдствіе сифилиса или туберкулеза.

Поверхностныя лепромы непосредственно переходили изъ эписклеральнаго инфильтрата и составляли съ нимъ какъ бы одно цѣлое. Опухоль всегда болѣе или менѣе возвышалась надъ уровнемъ роговицы, только одинъ разъ она распространилась по ней въ видѣ ложнаго птеригія, т. е. въ видѣ очень плоскаго новообразованія. Въ сосѣднихъ съ новообразованіемъ частяхъ роговица всегда представлялась мутноватой, иногда помутнѣніе это занимало даже всю роговую оболочку. Мы никогда не приходилось наблюдать лепромъ, которые захватывали бы всю роговицу или заходили бы за ея предѣлы. Объясняется это, можетъ быть, тѣмъ, что большая половина опухолей находилась уже въ состояніи регрессивнаго метаморфоза.

Глубокія лепромы (по номенклатурѣ авторовъ) большею частью располагались въ нижней половинѣ роговицы и были сѣроватаго цвѣта, иногда съ желтоватымъ или розоватымъ от-

тѣнкомъ. Глубокій кератитъ всегда начинался съ периферіи. Вслѣдствіе насыщенности инфильтрата я не могъ разложить этихъ помутнѣній на отдѣльные точки или штрихи. Какъ правило, помутнѣніе не ограничивается исключительно глубокими слоями, наоборотъ во всѣхъ моихъ случаяхъ были захвачены и поверхностные слои, хотя въ болѣе слабой степени. Случалось иногда наблюдать и глубоколежащіе кровеносные сосуды, но обыкновенно не въ значительномъ количествѣ.

Я уже упоминалъ равнѣе, что эти образованія собственно не могутъ быть названы опухолями; по моему мнѣнію это — диффузное глубокое воспаленіе роговицы, т. е. паренхиматозный кератитъ, аналогичный наблюдаемому при сифилисѣ и туберкулезѣ. Græff также полагаетъ, что при проказѣ роговица поражается или въ видѣ поверхностнаго точечнаго кератита, или въ видѣ глубокаго паренхиматознаго (онъ наблюдалъ одинъ случай глубокаго кератита). Но считаетъ ли онъ свой случай паренхиматознаго кератита за глубокую лепрому авторовъ, изъ его описанія не видно. Паренхиматозный кератитъ всегда осложняется тяжелыми явленіями со стороны сосудистаго тракта, почему предсказаніе при немъ очень неблагоприятно.

Въ своихъ 8 случаяхъ я никогда не могъ констатировать узуръ Десцеметовой оболочки и проникновенія лепрозныхъ массъ изъ роговицы въ переднюю камеру, какъ это описываетъ Vogt, не приводя впрочемъ соответствующихъ исторій болѣзни. При анатомическомъ изслѣдованіи одного изъ моихъ случаевъ профессоръ Евецкій нашелъ въ передней камерѣ, соответственно пораженному участку роговицы, новообразованную соединительнотканную массу, бѣдную клѣтками и стоявшую въ непосредственномъ соприкосновеніи съ роговой оболочкой; въ ней ясно были замѣтны явленія тяжелаго воспаленія лепрознаго характера (здѣсь были найдены палочки проказы). Десцеметова оболочка оказалась цѣлой, а въ роговицѣ найдены глубоко расположенные кровеносные сосуды, свѣжаго кератита не было замѣтно. Въ другихъ двухъ случаяхъ, судя по клинической картинѣ, имѣ-

лись вѣроятно такія же измѣненія (будетъ описано впоследствии съ другими лепрозными глазами). Возможно, что массы въ передней камерѣ, которыя наблюдалъ Borthen при глубокихъ лепромахъ, т. е. при паренхиматозномъ кератитѣ, являлись слѣдствиемъ сопутствующаго лепру ирита или циклита, перѣдко осложняющаго глубокое пораженіе роговицы.

Сосѣднія съ инфильтратомъ части роговицы оказывались всегда болѣе помутненными, чѣмъ при поверхностныхъ буграхъ. Эпителій всегда представлялся шероховатымъ, но цѣлымъ. Изъясненій мнѣ ни разу не приходилось констатировать.

Въ дальнѣйшемъ теченіи кератита наблюдаются лейкома-тозные помутненія и даже выпячиваніе оболочки вслѣдствіе размягченія ея. Одинъ разъ эктазія была осложнена даже вторичной глаукомой. Keratitis parenchymatosa нѣсколько чаще наблюдался при отсутствіи паракорнеальныхъ лепромъ, два раза локалізація кератита не совпадала съ положеніемъ этихъ лепромъ: послѣдніе снаружи, keratitis внизу.

Поверхностныя лепромы у меня, какъ и у другихъ авторовъ, сопровождались меньшими осложненіями, чѣмъ глубокія (keratitis parenchymatosa); о чемъ лучше всего можетъ свидѣтельствовать пациентъ № 42, у котораго имѣлась довольно значительная корнеосклеральная опухоль въ состояніи размягченія, при отсутствіи всякихъ воспалительныхъ явленій со стороны другихъ частей глаза, и больной еще пользовался зрѣніемъ въ 0,2. Глубокіе инфильтраты всегда сопровождались пораженіемъ сосудистаго тракта и повидимому всегда окончиваются слѣпотой; наилучшее зрѣніе у пациента этой группы равнялось счету пальцевъ на 1½ метра (№4).

Если считать за слѣпоту зрѣніе въ $\frac{1}{200}$ т. е. способность узнавать число пальцевъ на разстояніи $\frac{1}{3}$ метра, то изъ моихъ 157 больныхъ бугристой проказой было 13 слѣпыхъ, 9 на обоихъ глазахъ, а 4 на одномъ. Разъ причиной слѣпоты была трахома, разъ глаукома, въ двухъ случаяхъ глаза уже были столь сильно измѣнены, что распознаваніе этиологическаго момента было невозможно, а въ остальныхъ 9 случаяхъ были

виноваты лепромы (два случая поверхностных лепромъ и семь случаевъ глубокаго кератита). Изъ этого мы достаточно видимъ, какъ тяжелы по своимъ послѣдствіямъ являются послѣдніи для глаза, и мы такимъ образомъ вполне можемъ согласиться съ мнѣніемъ Borthen'a относительно ихъ прогноза.

Lepra maculo-anaesthetica. — На измѣненія роговицы было изслѣдовано 79 больныхъ. У 12 изъ нихъ я былъ въ состояніи констатировать типическій *Keratitis e lagophthalmo*. Этотъ кератитъ занимаетъ обыкновенно нижнія части роговой оболочки, только въ болѣе тяжелыхъ случаяхъ поражаетъ всю ее и захватываетъ преимущественно поверхностные слои, причемъ перѣдко замѣчались точечные дефекты эпителия. У трехъ больныхъ помутнѣніе было васкуляризовано, въ двухъ случаяхъ существовалъ уже ксерозъ, въ одномъ ограничивавшійся нижней половиной роговой оболочки, а въ другомъ простиравшійся на всю послѣднюю. У восьми больныхъ кератитъ осложнился пораженіемъ сосудистаго тракта, и эти пациенты принадлежали къ числу болѣе или менѣе тяжелыхъ. Наблюдался кератитъ во всѣхъ его стадіяхъ, начиная отъ еле замѣтнаго помутнѣнія у лимба одного изъ нижнихъ квадрантовъ роговицы, и кончая такимъ печальнымъ случаемъ, какъ № 57. У этого больного съ обѣихъ сторонъ имѣлся сильнѣйшій *lagophthalmus*, почти полная облитерация конъюнктивальнаго мѣшка съ полнымъ ксерозомъ роговицы на одномъ глазу и атрофіей глазного яблока на другомъ. Но такіе случаи, по всей вѣроятности, встрѣчаются не часто: это — единственный изъ моихъ 90 больныхъ, потерявшій зрѣніе.

Во всякомъ случаѣ прогнозъ при *Keratitis e lagophthalmo*, я думаю, не долженъ считаться абсолютно дурнымъ, о чемъ намъ лучше всего можетъ свидѣтельствовать пациентъ № 54. Этого больного описалъ Гуляницкій десять лѣтъ назадъ въ своей диссертации, онъ нашелъ тогда слѣдующее:

„№ 13. Василій Шапкинъ, 31 а. н. L. per v. Боленъ 10 лѣтъ. Кожа вѣкъ нормальна, рѣсницы въ достаточномъ количествѣ. Чувствительность на кожѣ и конъюнктивѣ почти отсутст-

вуетъ. Lagophthalmus paral. довольно сильной степени съ обѣихъ сторонъ. — Въ самой нижней части роговицы лентовидное помутнѣніе справа шириною въ 1 милл., слѣва еще уже. Чувствительность на роговицахъ слегка понижена. Радужныя оболочки нормальны, зрачки круглы, хорошо реагируютъ; въ области праваго зрачка остатки бывшихъ заднихъ синехій. Офтальмоскопически ничего ненормальнаго констатировать нельзя. Visus oc. utr. 1.0. Поле зрѣнія и цвѣтоощущеніе нормальны.

Я нашелъ теперь, что помутнѣніе, раньше занимавшее полосу въ 1 милл. шириною, съ тѣхъ поръ немного увеличилось, но область зрачка еще не занята. Во всемъ остальномъ, даже относительно зрѣнія, которое по прежнему на обоихъ глазахъ равняется 1.0, я только могу подтвердить прежнія данныя. Слѣдуетъ еще замѣтить, что пациентъ принадлежитъ къ числу самыхъ несолидныхъ пріюта, неоднократно убѣгалъ изъ него, отлучался по цѣлымъ суткамъ, предаваясь всякій разъ всевозможнымъ излишествамъ и нерѣдко подвергаясь простудѣ, послѣ чего часто страдалъ иритомъ.

Прогнозъ при lagophthalmus'ѣ улучшился со времени введенія въ употребленіе внутренней и наружной тарзорафіи, что практикуется особенно въ Норвегіи. Хотя эффектъ ея, говорить Worthen, иногда можетъ и ослабѣвать, но во всякомъ случаѣ, польза отъ этой операціи долго будетъ громадна; упущеніе ея должно считаться фактомъ невзвизаемымъ. Въ нашихъ лепрозоріяхъ, къ сожалѣнію, къ этому способу лѣченія почти совершенно не прибѣгаютъ.

Во многихъ случаяхъ кератита я могъ констатировать измѣненіе чувствительности на роговицѣ. Вoesk mann, Hansen и Bull, по моему мнѣнію, черезчуръ вдаются въ крайность. Первый полагаетъ, что анестезія роговой оболочки наблюдается въ 25% всѣхъ нятнистыхъ больныхъ и всегда сопровождается lagophthalmus'омъ, а вторые авторы совершенно отрицаютъ пораженіе чувствительности, желая этимъ, согласно съ тогдашними взглядами, доказать, что кератитъ при lagophthalmus'ѣ не нейропаралитическаго характера. Теперь уже больше нѣтъ не спорить о томъ, что наблюдаемый при lagophthalmus'ѣ кератитъ вполнѣ зависитъ именно отъ него и ничего общаго

съ нейропаралитическимъ кератитомъ не имѣеть. Лучшимъ доказательствомъ можетъ служить то обстоятельство, что глаза, пораженные въ начальныхъ стадіяхъ, послѣ тарзорафіи, какъ правило, поправляются или выздоравливаютъ, тогда какъ при нейропаралитическомъ кератитѣ улучшенія нельзя бы было ожидать. Послѣдній есть заболѣваніе трофическихъ, а не чувствительныхъ нервовъ, такъ что можетъ наблюдаться даже при ненарушенной чувствительности. Разстройства послѣдней при *Leptra maculo-anaesthetica* во всякомъ случаѣ существуютъ. При изслѣдованіи 79 больныхъ мы у 12 человекъ пришлось констатировать измѣненія чувствительности. Шесть разъ она совершенно отсутствовала, а семь разъ была только понижена, при чемъ у больного № 45 замѣчалась на одной сторонѣ полная анестезія, а на другой пониженіе чувствительности. *Lagophthalmus* замѣченъ былъ только у семи больныхъ, т. е. въ 58%, а не во всѣхъ случаяхъ съ ослабленной чувствительностью, какъ это видѣлъ *Voessmann*. Состояніе чувствительности должно оказывать большое вліяніе на теченіе кератита, на что авторы обращаютъ весьма мало вниманія. Изъ 29 случаевъ съ *lagophthalmus*омъ было 12 (41,5%) съ кератитомъ, у большей ихъ половины была поражена и чувствительность. Эти больные безъ исключенія принадлежали къ числу болѣе тяжелыхъ, между тѣмъ какъ у остальныхъ кератитъ безусловно былъ выраженъ слабѣе. Далѣе слѣдуетъ замѣтить, что при полной анестезіи роговицы и *lagophthalmus*ѣ всегда былъ констатированъ кератитъ. Особенно рѣзко выразилось значеніе нормальной чувствительности соединительной оболочки и роговицы въ случаѣ № 158. Здѣсь у больной былъ *lagophthalmus* съ сильнымъ выворотомъ *palp. infer. os utr.*, осложненный къ тому же значительнымъ сморщиваніемъ не только нижнихъ, но и верхнихъ вѣкъ, такъ что большая часть роговицы оставалась совершенно открытой, и не смотря на все это нельзя было констатировать ни малѣйшаго слѣда кератита. Это можетъ быть объяснено только цѣлостью соответствующихъ вѣтвей тройничнаго нерва,

вполнѣ заслуживающаго названія стража конъюнктивы и роговой оболочки.

Относительно помутнѣній, встрѣчающихся при *Lepa maculo-anaesthetica* помимо *lagophthalmus*'а, я подобно *Borthen*'у ничего положительнаго сказать не могу. У трехъ больныхъ я видѣлъ диффузное помутнѣнiе въ верхней трети роговицы, причемъ у двухъ изъ нихъ оно было двустороннее; у четвертаго больного помутнѣнiе имѣло точечный характеръ на подобiе того, какъ это наблюдается при бугристой проказѣ; у пятаго больного была помутнена верхняя треть и сильнѣе наружная половина. Этими пятью случаями и исчерпываются мои наблюденiя относительно этого рѣдкаго кератита, имѣющаго нѣкоторое сходство съ поверхностнымъ кератитомъ у больныхъ бугристой проказой.

Неоднократно при обѣихъ формахъ проказы замѣчались всякаго рода *maculae* и *leucomata*, которыя не составляютъ рѣдкости у низшаго класса и едва ли имѣютъ что либо общее съ лепрой.

5. Радужная оболочка. Рѣсничное тѣло.

а) Литературныя данныя.

Въ предыдущихъ отдѣлахъ мы неоднократно упоминали о заболѣваніи сосудистаго тракта, всегда оно считалось болѣе или менѣе серьезнымъ осложненіемъ болѣзни и перѣдко служило причиною слѣпоты. Теперь же намъ предстоитъ ближайшее ознакомленіе съ нимъ въ отдѣльныхъ его видахъ. Точнѣе измѣненія изучены при бугристой проказѣ, съ которой мы и начинаемъ.

Lepra tuberosa. — По изслѣдованіямъ Воескmann'a, 20% при этой формѣ проказы страдаютъ притомъ resp. придоциклитомъ; Гуляницкій констатировалъ пораженіе uveae въ 24,4% при проказѣ вообще, а Hansen и Bull въ 30%. По изслѣдованіямъ Borthen'a, при *Lepra tuberosa* сосудистый трактъ оказался измѣненнымъ въ 74 случаяхъ изъ числа 116 осмотренныхъ больныхъ, т. е. въ 63,79% (у женщинъ въ 63,41%, у мужчинъ въ 64%). Распредѣлились измѣненія по отношенію къ другимъ заболѣваніямъ глаза слѣдующимъ образомъ:

1) пораженіе одной uveae	въ 7 случаяхъ
2) „ uveae и episclerae	„ 4 „
3) „ uveae и corneae	„ 18 „
4) „ uveae, episclerae и corneae	„ 45 „

На основаніи этихъ данныхъ Borthen заключаетъ, что во 1) uvea при бугристой проказѣ страдаетъ весьма часто;

во 2) рѣдко измѣненіе ограничивается ею одною; въ 3) измѣненіе одной ирисе и эписклеры также встрѣчается рѣдко; въ 4) роговица заболѣваетъ весьма часто вторично, такъ какъ самостоятельный кератитъ встрѣчается крайне рѣдко; въ 5) чаще всего встрѣчается совмѣстное заболѣваніе роговицы, ириса и эписклеры. Далѣе на основаніи того, что эписклеритъ существовалъ у женщинъ въ 35,5%, у мужчинъ въ 54,06%, заболѣваніе же сосудистаго тракта у первыхъ въ 63,41%, у вторыхъ въ 64%, Borthen приходитъ къ заключенію, что внутреннія части глаза при лепрѣ заболѣваютъ гораздо чаще наружныхъ ¹⁾.

Съ другой стороны существуетъ не мало наблюдателей, которые утверждаютъ, что сосудистый трактъ всегда заболѣваетъ вторично, послѣ того какъ предшествовали другія поверхностныя измѣненія глазнаго яблока (Danielssen и Boeck, Pedraglia, Boeckmann, Secondi, Poncet, Babes и др.) или считаютъ первичное заболѣваніе за менѣе частое явленіе (Leloir, Lopez). Патолого-анатомическія изслѣдованія также покуда не вполне рѣшаютъ этотъ вопросъ; во всѣхъ до сихъ поръ изученныхъ глазахъ измѣненія не ограничивались однимъ опредѣленнымъ органомъ, а лепрознымъ процессомъ въ большей или меньшей степени были захвачены всѣ ткани, входящія въ составъ корneosклеральной области.

Чаще всего пораженіе сосудистаго тракта является подъ видомъ иридоциклита. Воспаленіе, которое простиралось бы на одну только радужную оболочку или на одно рѣсничное тѣло, Borthen'у не приходилось наблюдать, а всегда существовали признаки, указывавшіе на заболѣваніе обоихъ этихъ органовъ. Иридоциклитъ, какъ видно изъ наблюденій Lopez'а и Borthen'а, отличается весьма хроническимъ теченіемъ. Долгое время предшествуютъ настоящему проявленію ирита неявно выраженные симптомы, указывающіе на существованіе какихъ-то ненормальныхъ скрытыхъ процессовъ въ радужной

1) стр. 144. „ die Lepra des Auges evident häufiger intra- als extrabulbar auftritt.“

оболочкѣ. Зрачекъ сильно суживается, на свѣтъ почти не реагируетъ, глазъ становится слегка болѣзненнымъ при надавливаніи и движеніи, зрѣніе немного понижается; съ другой стороны цвѣтъ радужной оболочки все остается нормальнымъ, перикорнеальная инъекція весьма часто совершенно отсутствовать, и больной ни на какія боли не жалуется. Подобная картина опять проходить и можетъ нѣсколько разъ повторяться, пока наконецъ только удастся констатировать заднія слякхія, которыя въ первое время подѣ влияніемъ атропина еще легко разрываются, оставляя за собою пигментъ въ видѣ бѣлаго замянутого кольца на передней сумкѣ хрусталика; нерѣдко даже и въ этой стадіи рисунокъ и цвѣтъ радужной оболочки оказываются нормальными. Borthen въ этомъ иритѣ находитъ большое сходство съ картиной, описанной Grandclément¹⁾ (не при лепрѣ) подѣ названіемъ „uvéite irienne ou iritis uvéenne“, по мнѣнію котораго въ данномъ случаѣ имѣется заболѣваніе только задняго пигментнаго слоя радужной оболочки, принадлежащаго собственно сѣтчаткѣ. Терминъ, введенный французскимъ авторомъ, въ работѣ Borthen'a приобрѣлъ полное право гражданства; многіе изъ его иритовъ подведены здѣсь подѣ uvéite irienne.

При дальнѣйшихъ рецидивахъ воспалительныя явленія бывають сильнѣе выражены, появляются свѣтобоязнь, цилиарныя боли, паденіе зрѣнія, перикорнеальная инъекція, помутнѣніе жидкости передней камеры, иногда появляются отложенія, какъ при iritis serosa (Jeanselme и Mogaх). Рѣдко образуется желтоватый тягучій эксудатъ на днѣ передней камеры (Гуляницкій), иногда въ видѣ гинопіона (Дѣловъ). Въ такихъ случаяхъ иритъ ничѣмъ не отличается отъ обыкновенно наблюдаемаго при сифилисѣ, гонорреѣ и другихъ болѣзняхъ (Jeanselme и Mogaх). Во время подобныхъ приступовъ нерѣдко приходится констатировать помутнѣнія стекловиднаго тѣла, безусловно указывающія на пораженіе рѣсничнаго тѣла

1) Arch. d'opht. 1896 p. 618.

или сосудистой оболочки (Hansen и Bull), хотя, впрочем, никому не удалось найти каких-нибудь изменений въ последней (Borthen).

Отличительной чертой лепрозного ирита должна считаться сильная эксудация, чаще всего являющаяся въ видѣ пластически-фибринозного выпота. *Seclusio pupillae* съ ея губительными слѣдствіями, какъ вторичная глаукома и атрофія яблока, не считаются рѣдкостью (Jeanselme и Morax). Если больному суждено долго еще прожить, то онъ рано или поздно лишится зрѣнія (Borthen). Въ исключительныхъ случаяхъ болѣзнь появляется сразу во всей своей силѣ и тогда неминуемо ведетъ къ слѣпотѣ („*Panophthalmitis acuta*“ Leloir'a), о подобномъ случаѣ, гдѣ больвой ослѣпъ въ теченіе однихъ сутокъ, упоминаетъ и Borthen. Обыкновенно же придоциклить протекаетъ приступами, длящимися не болѣе 6—8 недѣль; иногда зрѣніе послѣ такихъ атакъ можетъ вполне восстановиться, но обыкновенно оно послѣ всякаго рецидива все болѣе падаетъ и, наконецъ, дѣло кончается вышеупомянутымъ исходомъ (Borthen). Описанный пластическій иритъ есть самая частая форма, подъ видомъ которой проказа поражаетъ сосудистый трактъ, гораздо рѣже наблюдаются опухоли.

Опухоли радужной оболочки или развиваются изъ лепромъ соединныхъ съ нею частей или появляются въ радужкѣ самостоятельно.

Постепенный переходъ лепромъ роговой оболочки на периферическія части радужной, полную инфильтрацію послѣдней специфическими элементами и послѣдовательное заполненіе всей передней камеры лепрозными массами описываютъ уже Danielssen и Boeck. Обыкновенно опухоли берутъ свое начало у рѣсничнаго края радужной оболочки, въ нижнемъ углу передней камеры (Hansen и Bull) подъ видомъ, напоминающимъ гипоніонъ (Neve). Эта локализція по Borthen'y указываетъ на происхожденіе опухолей изъ рѣсничнаго тѣла или изъ частей, прилежащихъ къ Шлеммову каналу. Появленіе и ростъ лепромъ обыкновенно сопровождается иритомъ или

придоичилитомъ съ болѣе или менѣе сильными болями. При дальнѣйшемъ развитіи опухоль все болѣе начинаетъ захватывать радужку и въ видѣ безформенныхъ розовато-сѣрыхъ или желтоватыхъ массъ выполняетъ переднюю камеру. Далѣе, опухоль подъ видомъ инфильтрата можетъ перейти и на глубокіе слои роговицы, такъ что въ концѣ концовъ, правда, въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, получается одна лепрозная масса, совершенно замѣщающая собою переднюю камеру, и въ составъ которой входятъ и радужная и роговая оболочки. Граница между послѣдними въ такомъ случаѣ будетъ только опредѣляться уцѣлѣвшей, болѣе стойкой, Десцеметовой оболочкой (Lic, Franke и Delbanco).

Еще рѣже радужная оболочка бываетъ поражена подъ видомъ отдѣльных самостоятельныхъ бугровъ, не находящихся въ видимой связи съ образованіями угла передней камеры, на подобіе того, какъ это наблюдается при сифилисѣ и туберкулесѣ. Такихъ случаевъ описано всего только четыре: первый изъ нихъ Hirschberg'омъ, а остальные три Borthen'омъ. Локализациа лепромъ въ радужкѣ можетъ быть различная. Величина ихъ колеблется, доходя до булавочной головки и еще больше. Цвѣтъ ихъ молочно-бѣлый или желтовато-сѣрый, а иногда красновато-желтый. Образуются бугорки обыкновенно на почвѣ стараго прита. Появленіе ихъ весьма часто совпадаетъ съ періодами выступанія узловъ въ другихъ частяхъ тѣла. Характернымъ признакомъ этихъ опухолей, по мнѣнію Hirschberg'a, должно считаться ихъ внезапное появленіе, „какъ бы послѣ эмболій“ и ихъ скорое исчезновеніе. Явленія раздраженія какъ со стороны радужки, такъ и вообще со стороны глаза не особенно сильны. Наблюдаются бугорки обыкновенно по нѣскольку сразу; такъ въ случаѣ Hirschberg'a число ихъ на одной радужкѣ разъ доходило до семи, а величина ихъ приблизительно равнялась просиному зерну. Иногда лепромы выступаютъ одновременно съ безформенными опухолями угла передней камеры или же появленіе одного образованія предшествуетъ появленію другого, въ иныхъ же случаяхъ опухоли сливаются въ одно цѣлое.

Чаще всего лепромы въ передней камерѣ всасываются, крайне рѣдко размягчаются и даютъ начало гипоніону (Danielsen и Boeck). Какъ правило, опухоли рецидивируютъ, если только при первомъ ихъ появленіи уже не наступилъ exitus letalis (Borthen). Предсказаніе, какъ quoad visum, такъ и quoad restitutionem oculi ad integrum, при лепромахъ должно быть поставлено дурное; а въ виду того, что появленіе внутриглазныхъ лепромъ служитъ вообще признакомъ тяжелой формы проказы, то и quoad vitam прогнозъ долженъ считаться дурнымъ (Borthen).

Что касается рѣсничнаго тѣла, то здѣсь никакихъ положительныхъ данныхъ не имѣется. Каросі вкратцѣ упоминаетъ объ одномъ больномъ, у котораго на обоихъ глазахъ имѣлись лепромы рѣсничнаго тѣла, но какихъ-либо болѣе точныхъ данныхъ нельзя было найти въ литературѣ относительно этого случая ни миѣ, ни другимъ, работавшимъ по этому вопросу. Въ случаѣ Гуляницкаго (№ 5) вѣроятно всего имѣлась лепрома, перешедшая на глубокіе слои склеры и затѣмъ подвергнувшаяся регрессивному метаморфозу. У этого пациента не было ни одного симптома, положительно указывавшаго на опухоль рѣсничнаго тѣла, какъ это обыкновенно бываетъ при гуммахъ или саркомахъ. Впрочемъ, и самъ авторъ не настаиваетъ на этомъ распознаваніи, но только высказываетъ свое предположеніе.

Въ заключеніе слѣдуетъ упомянуть еще объ одномъ измѣненіи радужной оболочки, въ первый разъ описанномъ только въ 1898-омъ году Jeanselme и Mogaх. Эти авторы въ двухъ случаяхъ видѣли на радужкѣ массу совершенно малыхъ, констатируемыхъ только при помощи луны сѣроватыхъ бугорковъ величиною съ острый конецъ иглы (pointe d'aiguille). У зрачковаго края эти образованія были многочисленнѣе и нѣсколько большихъ размѣровъ. Бугорки занимали всю радужную оболочку и разъ ограничивались однимъ глазомъ. Помимо этихъ двухъ случаевъ авторы наблюдали еще у одного больного нѣсколько подобныхъ образованій въ одномъ изъ квад-

рагтовъ радужки. Интересно еще, что со стороны послѣдней не было никакихъ реактивныхъ явленій, цвѣтъ и поверхность ея были совершенно нормальны, реакція зрачка хорошая. По мнѣнію упомянутыхъ авторовъ, бугорки ничто другое, какъ милліарныя лепромы и составляютъ аналогію съ точками, которыя наблюдаются при поверхностномъ лепрозномъ кератитѣ на роговицѣ. Подобное заболѣваніе радужки, при которомъ она была покрыта какъ бы цвѣточной пылью (*feinster Blütenstaub*), видѣли у одного изъ своихъ больныхъ въ послѣдствіи Dühring и Trantas. Въ самое послѣднее время упоминаетъ еще о такомъ случаѣ Patron-Espada, только у него бугорки имѣли темного большую величину и доходили до булавочной головки. Этими тремя недавними наблюденіями и ограничиваются всѣ свѣдѣнія относительно этихъ интересныхъ образованій.

Lepra maculo-anaesthetica. — Измѣненіями сосудистаго тракта при *Lepra maculo-anaesthetica* занимается одинъ почти только Borthen. По мнѣнію Danielssen'a и Boeck'a, Hansen'a и Bull'a, Leloir'a и др., слегка касающихся этого вопроса, радужная оболочка при этой формѣ проказы заболѣваетъ рѣдко и почти всегда вторично, послѣ кератитовъ, вызванныхъ *lagophthalmus*'омъ. Borthen почти ничего не упоминаетъ о зависимости измѣненій радужки отъ заболѣваній роговицы. Судя по его описанію, при *Lepra maculo-anaesthetica* должны встрѣчаться специфическіе ириты, не имѣющіе никакого отношенія къ *keratitis e lagophthalmo*. При изслѣдованіи 87 больныхъ на заболѣваніи сосудистаго тракта, послѣдній оказался измѣненнымъ у 32 больныхъ, т. е. въ 36,78% (у женщинъ въ 27,08%, у мужчинъ въ 48,72%).

Болѣзнь протекаетъ, какъ видно изъ работы Borthen'a, при этой формѣ легче, чѣмъ при бугристой. Иритъ обыкновенно начинается медленно, безъ рѣзко выраженныхъ воспалительныхъ явленій; иридоциклитъ наступаетъ только по прошествіи цѣлаго ряда рецидивовъ. Нѣсколько разъ автору приходилось наблюдать *uvéite irienne* съ тою разницею, что послѣдній

при проказѣ отличался большей продолжительностью, ограничивался иногда только однимъ глазомъ и встрѣчался одинаково, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. Воспаленіе, простиравшееся на всю радужную оболочку, и ею одною только ограничивавшееся, Borthen видѣлъ въ 7 случаяхъ; иритъ навѣмъ не отличался отъ обыкновеннаго, развѣ только сравнительно малымъ выпотомъ. Незначительная эксудация вообще характеризуетъ, по мнѣнію автора, этотъ иритъ, особенно это относится къ передней поверхности радужки. Нерѣдко даже послѣ рецидивировавшихъ воспаленій ему приходилось видѣть поверхность радужной оболочки сравнительно мало измѣненной. Иначе уже относится задняя поверхность, которая довольно часто сростается съ передней сумкой хрусталика и можетъ давать поводъ къ образованію *seclus. pup.* при совмѣстной *occlus.*, что нерѣдко бываетъ причиной острой или хронической глаукомы съ послѣдовательнымъ стафиломатознымъ измѣненіемъ глазного яблока. Чаше же послѣдній погибаетъ вслѣдствіе атрофіи, наступающей иногда послѣ рецидивирующихъ иридоциклитовъ. Но вообще предсказаніе ирита при *Lepra maculo-anaesthetica* должно считаться лучшимъ, чѣмъ при *Lepra tuberosa*, а при *uvéite iri-enne* даже довольно хорошимъ, особенно если послѣдній не рецидивируетъ (Borthen).

б) Собственные изслѣдованія.

Lepra tuberosa. — Мною было изслѣдовано на измѣненія радужной оболочки всего 149 человекъ (72 муж. и 77 женщ.). Изъ числа больныхъ (157) я исключилъ 8 человекъ: 6 трахоматозныхъ, одного съ *keratitis prof. leprosa* и одного съ абсолютной глаукомой. У одного изъ трахоматозныхъ оказался иритъ при *rannus crassus fere totalis*, а у 5 роговицы были столь сильно помутнены, что о радужкѣ чего либо положительнаго сказать было нельзя. При *keratitis parenchymatosa* роγοвица была настолько мутна, что о состояніи радужной оболочки трудно было судить. Изъ упомянутыхъ 149 человекъ 42 (28,19%) имѣли измѣненія радужки — 22 мужчинъ (30,5%) и 20 женщинъ (26%).

Если сопоставить между собою числа, указывающія на заболѣванія отдѣльных частей глаза, констатированныя у 139 больныхъ, рассмотрѣнныхъ въ отдѣлѣ роговицы и сравнить ихъ съ данными Borthen'a, то оказывается, что

- 1) вообще съ страданіями роговицы было . . . 79,13 % (62,39)¹⁾
- 2) съ заболѣваніемъ одной только роговицы . . 38,84 % (2,35)
- 3) вообще съ заболѣваніями радужки 30,21 % (63,79)
- 4) съ страданіемъ одной только радужки 1,43 % (6,03)
- 5) съ заболѣваніемъ эписклеры вообще 24,45 % (40,87)
- 6) съ заболѣваніемъ одной только эписклеры . . 0,72 %
- 7) съ одновременнымъ заболѣваніемъ роговицы,

радужки и эписклеры 12,23 % (39,21)

На основаніи приведенныхъ данныхъ я могу подтвердить выводы Borthen'a, что радужная оболочка при бугристой проказѣ страдаетъ часто и что болѣзнь рѣдко ограничивается ею одною. Что же касается дальнѣйшихъ предположеній автора, что первичное заболѣваніе роговицы относится къ исключительнымъ случаямъ, и что она почти всегда страдаетъ вторично вслѣдствіе разстройствъ радужной оболочки, гезр. сосудистаго тракта, то я съ этимъ совершенно не согласенъ. Въ предыдущей главѣ я уже въ достаточной степени указалъ на большую неточность чиселъ Borthen'a относительно измѣненій роговицы, благодаря чему и получился у него столь малый процентъ для самостоятельныхъ заболѣваній послѣдней. Лепрозный кератитъ, сопровождающійся иридомъ, распознается много легче; иначе дѣло обстоитъ, какъ мы видѣли, въ начальныхъ стадіяхъ кератита, которыя упомянутый авторъ часто совсѣмъ не узнавалъ, благодаря несовершенному методу изслѣдованія. Но, помимо того, въ работѣ Borthen'a приведены статистическія данныя, которыя онъ совсѣмъ неправильно толкуетъ. Такъ, на основаніи того, что измѣненія эписклеры были констатированы въ 40,87 %, а радужки — въ 63,79 %, Borthen приходитъ въ

1) Числа, помѣщенные въ скобкахъ, выражаютъ процентныя данныя у Borthen'a.

заключенію, что внутреннія оболочки глаза при проказѣ заболѣваютъ гораздо чаще наружныхъ. О частотѣ заболѣваній энисклеры самъ авторъ въ соответствующемъ отдѣлѣ говоритъ слѣдующее: „приведенныя числа едва ли могутъ дать вѣрное понятіе о дѣйствительной частотѣ настоящей болѣзни, такъ какъ въ громадномъ числѣ случаевъ энисклеритъ проходитъ, не оставляя никакихъ слѣдовъ.“ Изъ этихъ словъ самого Borthen'a видно, какъ скептически слѣдуетъ относиться къ сдѣланному имъ выводу. Далѣе становится совершенно непонятнымъ, почему авторъ для сравнительной оцѣнки частоты глубокихъ и поверхностныхъ заболѣваній глаза выбралъ именно энисклеритъ, а не роговицу, которая, какъ и энисклера, принадлежитъ къ болѣе поверхностнымъ частямъ глазного яблока. Къ тому же, по изслѣдованіямъ самого Borthen'a, роговица заболѣваетъ въ 62,39 % (стр. 140), т. е. еще чаще энисклеры, тогда какъ пораженіе сосудистаго тракта наблюдается въ 63,79 %; слѣдовательно, полученная разность не превышаетъ даже 1,5 %, которой, я думаю, и самъ Borthen не станетъ придавать какого-либо значенія, а еще болѣе утверждать послѣ подобнаго вывода, будто проказа начинается въ глазу съ болѣе глубокихъ его частей.

Употребляя термины „intra-и extrabulbär“, изслѣдователь выражается довольно не точно, но, по всей вѣроятности, онъ этимъ хочетъ сказать, что проказа распространяется на глазное яблоко чаще всего путемъ метастазовъ, чѣмъ прямымъ переходомъ процесса съ конъюнктивы; такъ по крайней мѣрѣ понимаютъ слова Borthen'a и компетентные офталмологи Axenfeld и Krukenberg ¹⁾. Если это такъ, то я только хочу замѣтить, что заболѣваніе болѣе поверхностныхъ частей глаза

1) „Aus dem Borthenschen Material geht sogar hervor, dass die tuberculöse Lepra des Augapfels häufiger intraokulär als extraokulär beginnt. (Es ist das eine statistische Stütze der auch von Hirschberg und besonders von Morax vertretenen Ansicht, dass die lepröse Infektion des Bulbus nicht von der Conjunctiva aus, wie Poncet und Babes annehmen, sondern metastatisch auf dem Blut- oder Lymphwege vor sich geht. Ref.)“.

ни въ коемъ случаѣ не говорятъ противъ эндогеннаго начала болѣзни, о чемъ намъ свидѣлствуютъ не рѣдкіе примѣры при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Утверждать же, какамъ именно изъ частей глаза въ дѣйствительности раньше заболѣваетъ при проказѣ, на основаніи матеріала Borthen'a, мнѣ кажется, едва ли возможно. Гораздо убѣдительнѣе было бы для насъ, если бы авторъ приводилъ случаи съ однимъ только иритомъ, энисклеритомъ или кератитомъ и на нихъ сталъ бы строить свою гипотезу; но, какъ мы знаемъ, этого онъ не сдѣлалъ и ему приходилось наблюдать только цѣлыя группы болѣзней сразу, на основаніи которыхъ онъ и вывелъ свои заключенія. Изъ моего же матеріала слѣдуетъ, что поверхностный лепрозный кератитъ былъ констатированъ, какъ единственное заболѣваніе глазного яблока, въ 38,84% всѣхъ больныхъ бугристой формой, заболѣваніе одной радужки въ 1,43% и одной энисклеры въ 0,72%. Но тѣмъ не менѣе я совершенно далекъ отъ мысли утверждать, что въ роговицѣ слѣдуетъ искать начало болѣзни. Новѣйшія работы Uhlenhuth'a и Westphal'a, Franke и др. намъ доказываютъ, что въ глазахъ, которые при клиническомъ изслѣдованіи оказываются совершенно здоровыми, микроскопъ показываетъ иногда измѣненія, простирающіяся на роговицу, склеру, радужку и рѣсничное тѣло. Лепрозный ядъ по отношенію къ другимъ, какъ напр. къ туберкулезному, отличается довольно большою слабостью, и пока дѣло дойдетъ до настоящаго носаленія, констатируемаго клинически, ему могутъ долго предшествовать довольно сильно выраженные микроскопическія измѣненія. Тогда какъ во всѣхъ частяхъ глаза эти измѣненія еще могутъ оставаться незамѣченными, на роговицѣ же вслѣдствіе нарушенной прозрачности, которая съ извѣстнаго момента должна наступить, они отъ болѣе или менѣе опытнаго изслѣдователя ускользнуть не могутъ. Хотя у меня и получился большой процентъ заболѣваній одной только роговой оболочки, однако я этимъ нисколько не хочу отрицать возможности существованія измѣненій и въ другихъ тканяхъ и, можетъ быть, еще гораздо сильнѣе выраженныхъ, клинически

же обыкновенно раньше всего измѣненія констатируются на роговицѣ.

Что касается клинической картины притовъ, то мнѣ по большей части приходилось наблюдать хроническія формы. Въ 22 случаяхъ радужка была нормальнаго цвѣта, но существовали заднія синехіи съ болѣе или менѣе хорошо выраженной реакціей зрачка. 14 разъ былъ пораженъ только одинъ глазъ, при чемъ радужная оболочка другого оказалась неизмѣненной. У 4 больныхъ слѣды бывшаго воспаленія выступали особенно рѣзко, синехій было довольно много, зрачекъ рѣдился мало подъ вліяніемъ атропина, и помимо того, имѣлась эксудативная пленка на передней сумкѣ хрусталика; у одного изъ этихъ пациентовъ такая картина наблюдалась на обоихъ глазахъ. Въ 5 случаяхъ регрессивныя измѣненія были выражены сильнѣе, чѣмъ въ предыдущихъ; здѣсь существовала атрофія радужной оболочки, масса синехій, и реакція зрачка совершенно отсутствовала; только два раза были оба глаза захвачены подобнымъ страданіемъ, и замѣчалось оно при довольно тяжелыхъ корнеосклеральныхъ лепромахъ, а у одного изъ этихъ больныхъ большая часть передней камеры была выполнена лепрозными массами. Что касается остальныхъ трехъ больныхъ, то два раза другой глазъ оказался совершенно здоровымъ, а у третьяго на немъ существовалъ острый иридоциклитъ. Далѣе я наблюдаю 5 больныхъ съ сильно выраженными задними синехіями и почти полнымъ отсутствіемъ реакціи зрачка, но о структурѣ самой радужки по причинѣ помутнѣній роговицы чего либо положительнаго сказать было нельзя; только у одного больного картина была односторонняя. Случай № 52 съ двусторонней атрофіей яблока и №№ 59 и 164 съ стафиломами обѣихъ роговицъ также, пожалуй, могутъ быть включены въ эту группу.

Острое воспаленіе мнѣ приходилось констатировать у 6 больныхъ, при чемъ у 4 болѣзнь протекала подъ видомъ серознаго ирита съ преципитатами на Десцеметовой оболочкѣ, у двухъ изъ нихъ еще существовали помутнѣнія стекловиднаго тѣла; въ одномъ изъ этихъ случаевъ иритъ собственно отсут-

ствовать, только реакція зрачка была вялая и глазъ при надавливаніи былъ болѣзненъ, такъ что скорѣе имѣлся циклитъ. У прочихъ больныхъ воспалительныя явленія со стороны радужки и сосѣднихъ тканей были довольно сильно выражены. Какъ въ остромъ, такъ и въ хроническомъ состояніяхъ иритъ ничѣмъ не отличался отъ серозныхъ или пластическихъ иритовъ вслѣдствіе другихъ причинъ: всегда наблюдалась та же перикорисальная инъекція, тѣ же помутнѣнія въ передней камерѣ, тѣ же синехіи, словомъ та же картина, какъ она наблюдается при означенномъ воспаленіи вслѣдствіе сифилиса, ревматизма и другихъ общихъ болѣзней. Разъ болѣзнь (№ 250) протекала подъ видомъ иридохоріонидита съ повышеннымъ внутриглазнымъ давленіемъ, при расширенномъ, не реагирующемъ зрачкѣ, мутной радужкѣ и помутнѣніяхъ стекловиднаго тѣла. Подобный симптомокомплексъ наблюдается также при иритахъ вслѣдствіе другихъ причинъ и, конечно, для проказы характернымъ считаться не можетъ.

Что касается ирита типа *uvéite irienne*, о которомъ такъ часто упоминаетъ Borthen, то и существованія такого при проказѣ на основаніи своихъ изслѣдованій подтвердить не могу. Не говоря уже о томъ, что вообще *irite uvéenne* является весьма сомнительнымъ, описанная Borthen'омъ картина далеко не совпадаетъ съ описаніемъ Grandclément'a, что отчасти признаетъ и самъ Borthen. Миѣ неоднократно приходилось наблюдать случаи, которые, по крайней мѣрѣ, отчасти совпадаютъ съ случаями Borthen'a, но толкую я ихъ иначе. У 14 больныхъ зрачекъ на свѣтъ реагировалъ весьма вяло или совершенно не реагировалъ, былъ немного уже нормальнаго, подъ влияніемъ атропина расширялся, но не *ad maximum*, не смотря на полное отсутствіе синехій. Воспалительныя явленія, какъ со стороны сосѣднихъ тканей, такъ и самой радужки, не существовали, цвѣтъ и рисунокъ послѣдней были нормальны. У 4 больныхъ зрачекъ имѣлъ круглую форму, у остальныхъ 10 она напоминала скорѣе овалъ, который послѣ введенія въ глазъ атропина все оставался такимъ же, не смотря на расширеніе

зрачка. Въ 10 случаяхъ можно было констатировать одновременно поверхностный кератитъ, а разъ легкій эписклеритъ, въ остальныхъ трехъ глаза оказались совершенно здоровыми. Овальный зрачекъ, нисколько не измѣнившій своей формы подъ вліяніемъ эзерина, наблюдать и Vossius въ своемъ случаѣ проказы. Далѣе подобный случай упоминается у Borthen'a: „у больного на правомъ глазу имѣлась эписклеральная опухоль, въ прочихъ отношеніяхъ оба глаза оказались совершенно здоровыми, только лѣвый зрачекъ реагировать весьма мало; въ два мѣсяца правый зрачекъ изъ круглаго превратился въ овальный; по прошествіи четырехъ мѣсяцевъ со времени перваго изслѣдованія, слѣва можно было констатировать въ верхнемъ наружномъ квадрантѣ роговицы слегка начинающееся помутнѣніе, а зрачекъ перемѣнилъ свою круглую форму на овальную; со стороны радужной оболочки ничего ненормальнаго констатировать было нельзя“. — Въ упомянутыхъ 16 случаяхъ (14 собственныхъ наблюденій и по одному у Vossius'a и Borthen'a) объ иритѣ, какимъ мы его привыкли видѣть, конечно не можетъ быть и рѣчи; но, по моему мнѣнію, данная картина безусловно представляетъ первую клинически констатируемую реакцію радужной оболочки на вторженіе въ нее лепрознаго яда. Возможно, что въ первыхъ моихъ четырехъ случаяхъ рано или поздно зрачекъ окажется измѣненнымъ въ формѣ, а въ послѣднихъ десяти можно будетъ констатировать хроническій по временамъ обостряющійся иритъ. Доказательствомъ сказаннаго отча ти можетъ служить приведенное выше наблюденіе Borthen'a. Кромѣ того я самъ имѣлъ возможность наблюдать подтвержденіе этого взгляда въ случаѣ № 240, приведенномъ ниже (см. ист. бол. № 9). У этого больного при первомъ изслѣдованіи зрачекъ на правомъ глазу оказался вертикально овальнымъ, съ вялой реакціей и при полномъ отсутствіи заднихъ синехій, другихъ измѣненій тогда не было. Черезъ 1½ года я у этого больного нашелъ на томъ же глазу хроническій иритъ съ многочисленными задними сянехіями, эписклеральную лепрому, поверхностный кератитъ и лепрому

въ передней камерѣ: на другомъ глазу измѣненій со стороны радужки не было.

То обстоятельство, что въ большинствѣ случаевъ означенное состояніе зрачковъ сопровождалось легкимъ специфическимъ поверхностнымъ кератитомъ, можетъ служить своего рода подтвержденіемъ высказаннаго мною мнѣнія о существованіи подобныхъ специфическихъ процессовъ и въ радужкѣ. Итакъ измѣненіе прозрачности роговицы и нарушенная подвижность зрачка при измѣненной его формѣ должны считаться самыми явными клиническими симптомами проказы глаза.

Самостоятельныхъ лепромъ радужной оболочки въ видѣ отдѣльныхъ бугорковъ, какъ напр. при туберкулезѣ, я имѣлъ возможность наблюдать клинически у двухъ больныхъ. У больной № 249 (см. стр. 96) я могъ констатировать на лѣвомъ глазу двѣ лепромы, одна изъ нихъ сидѣла съ наружной стороны въ верхне-наружномъ квадрантѣ радужки и занимала почти всю ея ширину. Опухоль находилась ближе къ рѣсничному краю оболочки, имѣла круглую форму съ діаметромъ около 3 милл., возвышалась въ видѣ округленнаго бугра въ переднюю камеру, высота котораго равнялась приблизительно 2 милл. Цвѣтъ лепромы былъ сѣрый, кровеносныхъ сосудовъ на ней не замѣчалось. Другая опухоль величиною съ небольшую булавочную головку почти бѣлаго цвѣта сидѣла у верхняго края зрачка нѣсколько кнаружи отъ вертикальнаго меридіана. Сопутствующіе симптомы: хроническій притъ съ задними синехіями; другія подробности ниже

У больного № 252 (см. ист. бол. № 1) лепрома радужки величиною съ небольшую булавочную головку, тоже почти бѣлаго цвѣта, сидѣла у зрачковаго края въ верхне-наружномъ квадрантѣ лѣваго глаза. Изъ сопутствующихъ измѣненій отмѣчены были: большая эписклеральная лепрома вокругъ наружной половины роговицы, *keratitis superficialis* въ верхней половинѣ, по сосѣдству съ эписклеральной лепромой были захвачены и глубокіе слои

роговицы; *iritis chronica* съ задними синехіями, сѣровато-бѣлыя точечныя отложенія на передней сумкѣ хрусталика.

(249) Бергъ Анетта 19 лѣтъ. *Lepra tuberosa*. — Первоначальный status, констатированный 20./V. 1902, см. ист. бол. № 22

8./I. 903. Пациентка страдаетъ три недѣли сильной свѣтобоязнью и болями въ лѣвомъ глазу.

Ос. s. Энисклеральная лепрома у наружнаго верхняго лимба увеличилась въ ширину и толщину. Рѣсничная инъекція средней степени. *Keratitis superf.* въ верхней трети роговицы. Передняя камера нормальной глубины. Зрачекъ неправильной формы вследствие массы заднихъ синехій. *Iris* измѣнена въ цвѣтъ, мутновата, набухла, особенно въ наружной половинѣ. Въ паружно-верхнемъ квадрантѣ радужки опухоль округленной формы, имѣющая въ діаметрѣ около 3 милл. Новообразование лежитъ ближе къ рѣсничному краю радужки, сѣроватаго цвѣта и безъ видимыхъ сосудовъ. Другая опухоль съ маленькую булавочную головку бѣлаго цвѣта лежитъ у верхняго края зрачка, немного кнаружи отъ вертикальнаго меридіана. Темного ниже первой лепромы и ближе къ рѣсничному краю радужки замѣчается сѣроватое безсосудистое пятнышко съ нерѣзко ограниченными контурами.

Ос. d. безъ перемѣнъ.

19./I. Ос. s. Большая лепрома доходитъ до края зрачка. Относительно меньшей опухоли перемѣны констатировать нельзя. Кромѣ того образовались двѣ новыя лепромы. Онѣ лежатъ у самого края зрачка, одна по горизонтальному меридіану съ наружной стороны, другая еще ниже, немного кнаружи отъ вертикальнаго меридіана. Вновь образованныя лепромы сѣровато-бѣлаго цвѣта и по своимъ размѣрамъ не превышаютъ маленькой булавочной головки. — Воспалительныя явленія не выражены сильнѣе прежняго.

Visus ос. d. = 1,0; ос. s. = 0,2.

2./II. Большая лепрома приняла слегка розоватый оттѣнокъ. Она занимаетъ всю ширину радужки и у периферіи роговицы повидимому прикасается къ ея задней поверхности. Опухоль, лежавшая выше и кнутри отъ нея, почти совершенно всосалась, остальные двѣ безъ перемѣны. Но за то у зрачковаго края радужки, сейчасъ подъ большей лепромой образовалась новая, также сѣроватаго цвѣта, но по своимъ размѣрамъ меньше остальныхъ двухъ, лежащихъ выше ея. Сѣроватое

пятно въ наружной половинѣ радужки безъ замѣтныхъ измѣненій.

Visus oc. d. = 1,0; oc. s. = 0,2.

Ос. d. Безъ перемѣны.

№ 1 (252). Впущуль Япъ¹⁾, 29 л. *Lepra tuberosa*.

Края вѣкъ въ легкой степени диффузно инфильтрованы. Рѣсницы отсутствуют. Conj. palp. слегка гиперемирована.

Ос. s. Conj. bulbi слегка гиперемирована, легкая рѣсничная инъекція. Наружную половину роговицы окружаетъ паракорнеальная лепрома, имѣющая въ ширину больше 1 снт., въ толщину около 1 снт.. Лепрома розоватаго цвѣта, довольно плотной консистенціи, конъюнктива надъ ней подвижна. Въ верхней половинѣ роговицы keratitis superficialis, но соосѣдству съ опухолью захвачены и глубокіе слои оболочки. Передняя камера глубже нормальнаго, въ самомъ нижнемъ углу ея сѣровато-желтая масса, напоминающая гиопіонъ, верхній край ея представляетъ горизонтальную линію и неподвиженъ. У зрачковаго края верхне-наружнаго квадранта лепрома бѣлаго цвѣта, величиною съ небольшую булавочную головку. Iris слегка измѣнена въ цвѣтѣ, рисунокъ ея темного ступенчатъ. Масса заднихъ синехій. Сѣровато-бѣлыя точечныя отложенія на передней сумкѣ хрусталика. Дно глаза видно неясно, почему ничего положительнаго сказать нельзя.

Ос. d. Въ верхней половинѣ роговицы keratitis superficialis. Передняя камера еще глубже, чѣмъ съ лѣвой стороны. Много заднихъ синехій; экссудатная пленка отчасти прикрываетъ зрачекъ. Дно изслѣдовать не удастся.

Visus oc. utr. — пальцы на 3 метра; стекла не улучшаютъ.

29/I. Надъ гиопіоновидной массой въ передней камерѣ слѣды крови. Другихъ перемѣнъ констатировать нельзя.

2/II. Снаружи отъ лепромы образовалось сѣроватое не строго ограниченное пятно въ радужкѣ.

4/II. По желанію націевта, проф. Евецкій удалилъ оперативнымъ путемъ эписклеральную лепрому.

7/II. Удаленіе швовъ. Заживленіе рег ргіват. Перемѣны со стороны радужки констатировать нельзя.

9/II. Лепрома радужки, бѣлая, гиопіоновидная масса въ углу передней камеры безъ перемѣны; кровь всосалась.

1) Означенный больной явился въ амбулаторію Глазной клиники 18-го января 1903, когда моя работа была почти закончена.

Помимо этих двух случаев, я видѣлъ такую-же лепрому радужки на анатомическомъ препаратѣ глаза, изслѣдованномъ профессоромъ Евецкимъ. У этой больной я при клиническомъ изслѣдованіи, произведенномъ за десять дней до смерти, никакой опухоли не видѣлъ, она развилась слѣдовательно въ теченіе немногихъ дней. Лепрома сидѣла у нижняго края зрачка и была шириною въ 2 милл. Въ центрѣ ея находилась полость, которая черезъ щелевидное отверстіе у края зрачка, сейчасъ надъ сфинктеромъ, стояла въ сообщеніи съ передней камерой. На нѣкоторыхъ препаратахъ полость была пуста, на нѣкоторыхъ отчасти выполнена островками изъ дегенерированныхъ клѣтокъ. Лепрозныхъ палочекъ въ опухоли было въ общемъ немного, чаще онѣ встрѣчались въ такъ называемыхъ Вирховскихъ клѣткахъ. Слѣдовательно, въ немногіе дни лепрома не только успѣла развиться, но даже перейти въ размягченіе съ образованіемъ центральной полости. Кромѣ того, анатомическое изслѣдованіе показало присутствіе хроническаго иридоциклита съ небольшимъ скопленіемъ гноя на днѣ передней камеры.

При жизни я только могъ констатировать у пациентки слѣды бывшаго ирита, воспалительныя явленія со стороны глаза совершенно отсутствовали. Пациентка была весьма слаба, въ сильной мѣрѣ страдала отъ ежедневно появляющихся по всему тѣлу узловъ и наконецъ умерла отъ истощенія.

Этотъ случай имѣетъ большое сходство съ описаннымъ Hirschberg'омъ: какъ тамъ, такъ и здѣсь опухоль образовалась на почвѣ стараго ирита, появилась быстро и ифронтно быстро бы исчезла; время появленія ея также совпадало съ обостреніемъ общей болѣзни.

Этотъ случай подтверждаетъ также мнѣніе Borthen'a относительно прогноза при лепромахъ радужки; по его наблюденіямъ, появленіе ихъ служить признакомъ тяжелой формы проказы и даетъ дурное предсказаніе не только *quoad restitutionem oculi*, но даже и *quoad vitam*.

Въ моихъ 3 случаяхъ лепромъ радужки въ первомъ пришлось наблюдать 5 бугорковъ, появившихся довольно скоро другъ за другомъ; въ остальныхъ двухъ на радужной оболочкѣ имѣлось только по одной лепромѣ. Изъ числа этихъ семи бугорковъ шесть сидѣли у самаго зрачковаго края и только одинъ развился сначала въ периферіи радужки и только впоследствии, при дальнѣйшемъ ростѣ, достигъ зрачковаго края. Этотъ бугорокъ отличался отъ остальныхъ своей значительной величиной, онъ скорѣе имѣлъ видъ опухоли, между тѣмъ какъ другіе по своимъ размѣрамъ были меньше булавочной головки. Цвѣтъ всѣхъ бугорковъ сѣровато-бѣлый, иногда даже совсѣмъ бѣлый, только самый крупный изъ нихъ сталъ впоследствии красноватымъ.

Судя по анамнезу и анатомическимъ даннымъ моего третьяго случая, отъ появленія бугорка до начала его инволюціи (образованіе центральной въ немъ полости) прошло очень немного дней, но нельзя сказать, сколько времени можетъ существовать бугорокъ, по крайней мѣрѣ я могъ ихъ наблюдать въ теченіе 3—4 недѣль, при чемъ одинъ изъ нихъ сталъ гораздо больше, а нѣкоторые немного уменьшились въ величинѣ. У первой больной съ множественными лепромами одинъ бугорокъ почти исчезъ въ теченіе указаннаго времени наблюденія, но мнѣ осталось неизвѣстнымъ, когда онъ впервые появился. Число бугорковъ колебалось въ моихъ наблюденіяхъ отъ 1 до 5, во всѣхъ случаяхъ лепромы встрѣчались только на одной сторонѣ. Повидимому, появленію бугорковъ всегда предшествуетъ хроническій иритъ гезр. иридоциклитъ, который и сопровождаетъ дальнѣйшее ихъ теченіе. Возможно думать, что появленіе бугорковъ сопровождается обостреніемъ ирита, за что говорить какъ клиническое наблюденіе, такъ и присутствіе гноя на днѣ передней камеры въ моемъ 3-ьемъ случаѣ.

Здѣсь я долженъ еще обратить вниманіе на существованіе въ радужкѣ плоскихъ пятенъ, также сѣровато-бѣлаго цвѣта, съ нерѣзкими границами, безъ видимыхъ сосудовъ. Я наблюдалъ ихъ у первыхъ двухъ упомянутыхъ выше больныхъ съ бугор-

ками на радужкѣ. Это явленіе аналогично тому, что наблюдается при сифилисѣ, гдѣ помимо шанулъ, встрѣчаются перѣдко характерныя пятна желтовато-краснаго цвѣта.

Трудно сказать, какое значеніе имѣют означенныя бѣловатыя пятна на радужкѣ: самостоятельны ли это формы плоскихъ бугорковъ или они предшествуютъ появленію здѣсь лейкопрома? Они располагались, повидимому, исключительно на поверхности *iridis* безъ замѣтнаго отношенія къ малому и большому артеріальному кругу.

Что касается милиарныхъ образований, о которыхъ упоминаютъ *Jeanselme* и *Morax*, v. *Dühring*, *Trantas* и *Patron-Esra*, то я существованіе таковыхъ на основаніи моихъ изслѣдованій вполне могу подтвердить. Въ виду того, что описано только три случая подобнаго заболѣванія, я считаю лишнимъ пополнить литературу своими исторіями болѣзни.

№ 2 (134). Неммекъ Янъ, 53 л. *Lepra tuberosa*. Болѣнь 7 лѣтъ. Лепрозорія — Тарвасть № 20. Верхнія вѣки диффузно инфильтрованы, особенно наружныя половины ихъ. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. *Cornea* ос. utr.: масса отдѣльныхъ поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній, справа занимающихъ верхнюю треть роговицы, слѣва верхнюю половину. *Gerontoxon*. *Iris* ос. utr.: зрачекъ овальной формы, реагируетъ на свѣтъ довольно слабо; *iris* нормальнаго цвѣта, воспалительныя явленія отсутствуютъ. Невооруженнымъ глазомъ ничего больше нельзя въ ней констатировать, но при изслѣдованіи лупой при боковомъ освѣщеніи видна въ наружной половинѣ радужки масса отдѣльныхъ сѣроватыхъ еле замѣтныхъ бугорковъ, которые у зрачковаго края соотвѣтственно *circ. iridis min.* становятся нѣсколько крупнѣе и еще многочисленнѣе; то же самое наблюдается у рѣсничнаго края, но здѣсь они не достигаютъ такой величины, какъ у зрачка. Чувствительность на козѣ вѣкъ, соединительной вѣкъ и яблока и на роговицѣ понижена.

Visus ос. d. + 0,5 D. sph. < 0,9

ос. s. + 0,5 D. sph. < 0,8.

№ 3 (149) Гаверландъ Мертъ, 61 г. *Lepra tuberosa*. Болѣнь будто 2 года проказой. Лепрозорія — Тарвасть № 71. Вѣки: край диффузно инфильтрованы; рѣсницы на верхнихъ вѣкахъ весьма малочисленны и атрофированы, на нижнихъ отсут-

ствуют. Cornea ос. d.: Въ верхней трети нѣсколько поверхностныхъ диффузно ограниченныхъ точечныхъ помутнѣній; ос. s.: верхнія $\frac{2}{3}$ диффузно помутнены въ поверхностныхъ слояхъ. въ помутнѣніи различаются отдѣльныя болѣе насыщенные точечныя помутнѣнія; въ внутреннемъ нижнемъ квадрантѣ роговицы macula въ 2 кв. милл. (post corp. alien.). Gerontoxon. Iris ос. utr.: Зрачекъ овальной формы, реагируетъ вило; цвѣтъ радужки нормальный, воспалительныя явленія отсутствуютъ; ос. d.: Почти весь зрачковый край радужной оболочки за исключеніемъ внутренняго нижняго квадранта усеянъ на мѣстѣ, соответствующемъ circ. iridis min. массой отдѣльныхъ величиною съ песчинку сѣроватыхъ бугорковъ; подобныя бугорки, но меньшихъ размѣровъ, встрѣчаются въ большомъ количествѣ по всей наружной половинѣ радужки, на внутренней за исключеніемъ области circ. irid. min. они отсутствуютъ; ос. s.: бугорковъ констатировать не удается. Cataracta incipiens ос. utr. Fundus ос. d.: По причинѣ помутнѣній роговицы и хрусталика дно видно весьма мутно, и ничего положительнаго сказать нельзя. ос. s. Вокругъ всего соска преимущественно съ носовой стороны масса розовато-бѣлыхъ диффузно ограниченныхъ точекъ, лежащихъ надъ сосудами сѣтчатки. Все дно вслѣдствіе измѣненій роговицы и хрусталика видно мутно. Visus ос. utr. = 0,6; стекла не улучшаютъ. Цифтоощущеніе: Зеленый цвѣтъ не узнается. На субъективныхъ данныя пациента полагаться нельзя.

№ 4 (206). Сафранъ Маркусъ, 19 л. Lepra tuberosa. Болеетъ 12 лѣтъ. Лепрозорія — Пенналь № 209. На рѣсничномъ краѣ обоихъ верхнихъ вѣкъ и лѣваго нижняго лепрома: рѣсницы вездѣ отсутствуютъ; чувствительность на лепромахъ сильно понижена, въ прочихъ частяхъ нормальна. Cornea ос. utr.: Масса отдѣльныхъ поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній, справа занимающихъ всю роговицу, слѣва верхнія $\frac{2}{3}$ ея. Iris ос. utr.: Цвѣтъ нормальный, воспалительныя явленія отсутствуютъ; ос. d.: Вся радужка, особенно ея наружная половина, усеяна массой отдѣльныхъ меньше булавочной головки сѣроватыхъ бугорковъ; ос. s.: Бугорки отсутствуютъ. Visus ос. d. < 0,2; ос. s. < 0,4; стекла не улучшаютъ.

№ 5 (208). Петсепъ Липъ, 32 л., Lepra tuberosa. Болеетъ 7 лѣтъ. Лепрозорія — Пенналь № 233. Верхнія вѣки въ наружной половинѣ слегка диффузно инфильтрованы; рѣсницы малочисленны и атрофированы. Conj. palp. ос. utr. слегка гипе-

ремирована. Cornea ос. d.: Помутнение въ верхней трети, имѣющее въ наружной половинѣ диффузный характеръ, а въ внутренней состоящее изъ отдѣльных поверхностныхъ точекъ; ос. s.: Диффузное помутнение въ верхней трети роговицы, ближе къ центру ея принимающее точечный характеръ. Iris ос. d.: измѣненій нѣтъ; ос. s.: Зрачекъ неправильной формы (заднія синехіи), пигментъ на передней сумкѣ хрусталика; въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ радужной оболочки, ближе къ вертикальному меридіану отдѣльные сѣроватые величиной съ песчинку бугорки, становящіеся многочисленнѣе у зрачковаго края радужки. Воспалительныя явленія отсутствуютъ. Visus ос. utr. = 1,0.

Какъ видно изъ приведенныхъ исторій болѣзни, бугорки по цвѣту, формѣ и величинѣ совершенно походили на описанные вышеупомянутыми авторами. Локализовались они преимущественно въ наружной половинѣ радужной оболочки и достигали наибольшаго развитія въ области *circ. irid. minor.*, не вызывая при этомъ никакихъ реактивныхъ явленій. Ихъ величина такъ незначительна, что они становятся видимы только при изслѣдованіи луной и при боковомъ освѣщеніи. Радужная оболочка обыкновенно не поражена, въ одномъ только случаѣ пришлось видѣть заднія синехіи, какъ слѣдствіе бывшаго прита. Во всѣхъ моихъ случаяхъ наблюдался поверхностный точечный кератитъ и очень можетъ быть, что Jeanselme и Morax правы, если полагаютъ, что эти „милліарныя лепромы“ по своему строенію представляютъ аналогію съ точечными инфилтратами роговицы. Помимо постоянного присутствія кератита существуютъ еще нѣкоторые другіе признаки, говорящіе въ пользу этой аналогіи: весьма раннее появленіе, мирный безреакціонный характеръ и болѣе рѣдкая локализція воспаленія во внутреннемъ нижнемъ квадрантѣ оболочки — особенности свойственныя точечному поверхностному лепрозному кератиту. Всѣ эти признаки не были чужды и нашему случаю. Дальнѣйшія изслѣдованія должно быть насъ еще ближе ознакомить съ описанными образованіями. Они, по всей вѣроятности, не принадлежать къ чрезвычайнымъ рѣдкостямъ, если уже на 146

человѣкъ мнѣ пришлось ихъ видѣть четыре раза, а авторы, до меня констатировавшіе подобные бугорки, наблюдали ихъ на еще меньшемъ числѣ больныхъ.

Помимо описанныхъ выше изолированныхъ лепромъ радужки, въ передней камерѣ встрѣчаются иногда лепромы, происхожденіе которыхъ при клиническомъ наблюденіи не всегда удается установить съ положительностью. Такія лепромы я наблюдалъ у пяти больныхъ. Въ одномъ случаѣ (№ 240. Ист. б. 9), гдѣ повидимому имѣлся ранній періодъ развитія опухоли, она имѣла видъ горизонтально лежащаго треугольника, основаніе котораго скрывалось за лимбомъ (внутреннимъ), а вершина была обращена къ зрачку. Поверхность ея гладкая, цвѣтъ бѣлый съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Видимыхъ сосудовъ въ ней не было. Опухоль прилежала къ Десцеметовой оболочкѣ и повидимому не стояла въ связи съ радужной. Въ другомъ случаѣ (№ 252. Ист. б. 1) сѣроватаго цвѣта опухоль лежала на двѣ передней камеры и имѣла сходство съ скопленіемъ здѣсь гноя, такъ какъ ея верхній край представлялъ горизонтальную линію, но зато она не была подвижна. Въ остальныхъ трехъ случаяхъ сѣраго или бурого цвѣта опухоли имѣли значительно большіе размѣры и выполняли большую или меньшую часть передней камеры. Цвѣтъ ихъ сѣровато-бурый, поверхность неровная, сосудовъ повидимому не было.

Ихъ отличительное свойство состояло въ томъ, что эти опухоли всегда стояли въ связи съ угломъ передней камеры, откуда онѣ, видимо, брали свое начало. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (№ 126. Ист. б. 6.), помимо большой опухоли внизу, находилась еще другая въ наружно-верхнемъ квадрантѣ передней камеры, тоже прилежавшая къ соотвѣствующему углу камеры. Всѣ эти случаи отличались рѣзко выраженнымъ притомъ съ многочисленными задними слякѣями, иногда съ *occlusio pupillae* или атрофіей радужной оболочки. Иногда картина имѣла больше характеръ иридоциклита. Иногда зрачекъ имѣлъ овальную форму, былъ какъ бы притянутъ къ опухоли. Въ одномъ случаѣ лепромы передней камеры наблюдались на

обоихъ глазахъ. Роговица почти всегда поражена, илигъ глубокимъ, или поверхностнымъ лепрознымъ кератитомъ въ большей или меньшей степени. Обыкновенно опухоли передней камеры протекають хронически, безъ бурныхъ симптомовъ воспаления.

Принято считать мѣстомъ развитія этихъ опухолей область *circ. irid. maj.* или Шлеммова канала (L i e). Возможно, что это такъ бываетъ, хотя только анатомическое изслѣдованіе свѣжихъ случаевъ можетъ рѣшить вопросъ. Мнѣ кажется возможнымъ исходную точку ихъ искать въ *cong. ciliari*, аналогично происхожденію сифиломъ рѣсничнаго тѣла, которыя отсюда также проникають въ переднюю камеру и могутъ захватить радужную оболочку и роговицу.

Исходомъ этихъ опухолей является обыкновенно полная или почти полная слѣпота вслѣдствіе наступленія тяжелаго придоциклита.

№ 6 (126). Еггевестъ Юханъ, 54 л. *Lepra tuberosa*. Бодень 9 лѣтъ. Лепрозорія-Тарвасть № 13.

Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. *Conj. palp. os. utr.* гиперемирована. *Conj. bulbi os. d.* въ области глазной щели гиперемирована. У лимба соответственно наружному верхнему квадрату правой роговицы желтовато-бурое окрашиваніе склеры полулунной формы шириною въ 1 смт. Опухоли пѣтъ. *Conj. bulbi s.* гиперемирована; значительная рѣсничная инъекція. *Cornea os. d.* въ верхней четверти диффузно помутнена въ поверхностныхъ слояхъ. *Os. s.* Нижняя треть роговицы занята во всю свою толщю желтовато-бурымъ васкуляризованнымъ инфильтратомъ; остальная слегка диффузно помутнена, сильнее въ верхней четверти. Чувствительность на *conj. palp.* отсутствуетъ, на *conj. bulbi* и на роговицѣ понижена. *Iris os. s.*: Передняя камера въ нижней своей трети занята темнубурой массой, которая съ одной стороны прилежитъ къ радужкѣ, съ другой повидимому находится въ связи съ глубокимъ инфильтратомъ роговицы. Верхній наружный квадрантъ камеры также выполненъ подобною массою, прилежащей къ соответствующему углу камеры. Зрачка не видно. *Iris* слегка набухла, съ зеленоватымъ оттѣнкомъ. *Os. d.*: Измѣненій пѣтъ. Дно праваго глаза безъ измѣненій; слѣва не получается рефлекса. $Visus\ os.\ d.\ +\ 1,0\ D = 1,0;$

V. oc. s. = движение руки на $\frac{1}{4}$ метра. Oc. s: проекция неправильная, глазъ при надавливании слегка болѣзненъ, тензія безъ особыхъ измѣненій.

№ 7 (181). Саулъ Минин, 40 л., *Lepra tuberosa*. Больна 24 г. Лепрозорія — Тарвасть № 90.

Oc. utr.: *Lagophthalmus* средней степени, справа немного сильнѣе выраженъ. Вѣки совершенно не могутъ быть смыкаемы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Oc. d.: Почти у самого лимба наружнаго нижняго квадранта эписклеральная опухоль. Между послѣдней и лимбомъ пространство въ 1 милл. слѣпкомъ, не занятое опухолью. Конъюнктивна подвижна надъ нею, гиперемирована. Oc. s.: *Conj. bulbi* слегка гиперемирована, легкая рѣсничная выпячка. Снаружи отъ роговицы, у лимба соответственно горизонтальному меридіану эписклеральная опухоль сѣровато-краснаго цвѣта шириною въ 3 милл., толщиною въ 1 милл. *Cornea oc. s.* въ нижней своей половинѣ во всю толщину инфильтрована. Помутненіе лейкоцитозно-бѣлаго цвѣта; эпителий неровный, по цѣль. *Iris oc. d.* Зрачекъ овальной формы, реагируетъ довольно хорошо, заднихъ синехій нѣтъ; цвѣтъ и рисунокъ радужки нормальны. Oc. s.: Передняя камера въ нижней половинѣ, на мѣстѣ, соответствующемъ инфилтрату, отсутствуетъ; здѣсь послѣдній какъ бы переходитъ на радужную оболочку. Зрачка не видно. *Iris* слегка атрофирована. *Fundus oc. d.* безъ измѣненій.

Visus oc. d. < 0,9; oc. s. = движение руки на $1\frac{1}{2}$ метра. Oc. s.: проекция неправильная, тензія понижена, глазъ при надавливании болѣзненъ.

№ 8 (215). Туликъ Антъ, 35 л. *Lepra tuberosa*. Больна 11 лѣтъ. Лепрозорія — Ненналь № 27.

Oc. utr.: Вѣки диффузно инфильтрованы, особенно края верхнихъ. На правомъ верхнемъ вѣкѣ три лепромы больше горошины; на лѣвомъ верхнемъ лепрома, занимающая всю наружную половину; на лѣвомъ нижнемъ въ серединѣ лепрома меньше горошины. У внутренняго угла верхнихъ вѣкъ имѣется еще нѣсколько атрофическихъ рѣсницъ, въ прочихъ мѣстахъ онѣ отсутствуютъ. *Conj. palp.* гиперемирована, бархатиста. Oc. d.: Вокругъ нижней половины роговицы серповидная эписклеральная опухоль розоватаго цвѣта, довольно плотной консистенціи; въ наружной половинѣ опухоль большихъ размѣровъ, ширина ея здѣсь больше 1 смт., толщина около 7 милл. Конъюнктивна

надъ лепромой подвижна, гиперемирована. Ос. s.: У лимба, соответственно верхней половине паружного нижнего квадранта, незначительная эписклеральная опухоль розоватаго цвѣта. Конъюнктива надъ опухолью подвижна, во всемъ наружномъ нижнемъ квадрантѣ гиперемирована. Cornea ос. d.: Эписклеральная опухоль переходитъ на нижній $\frac{3}{5}$ роговицы и занимаетъ повидимому всю ея толщю. Эпителий роговицы цѣль, шагренированъ. Остальная роговица слегка диффузно помутнена въ поверхностныхъ слояхъ. Gerontoxon. Ос. s.: Въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ роговица во всю свою толщю помутнена, легкая васкуляризація. Эпителий шероховатъ, но цѣль. Iris ос. d.: Передняя камера, насколько видно черезъ измѣненную роговицу, выполнена бурыми массами; кое-гдѣ между этими массами видна атрофированная iris; зрачка не видно. Ос. s.: Зрачекъ оттянуть кнаружи и книзу. Въ нижнемъ наружномъ квадрантѣ передней камеры бурныя массы. Iris атрофирована. Частичное помутнѣніе хрусталика. Съ два глаза получается только слабый рефлексъ. Чувствительность на кожѣ вѣкъ, на conj. bulbi, эписклеральныхъ опухоляхъ и на правой роговицѣ сильно понижена, на лепромахъ вѣкъ и на конъюнктивѣ послѣднихъ она отсутствуетъ; на лѣвой роговицѣ чувствительность повидимому безъ измѣненій. Visus ос. d. = движеніе руки на $\frac{1}{3}$ метра; ос. s. = пальцы на 4 метра. Ос. d. прозекція неправильная.

№ 9 (240). Ясень Адамъ. Lepra tuberosa. Начала появленія симптомовъ проказы, равно и возраста больного констатировать не удастся.

23/IX 901. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Ос. d.: Iris нормальнаго цвѣта. Зрачекъ вертикально овальной формы (заднихъ сипехій при расширеніи атропиномъ констатировать нельзя, зрачекъ остается такимъ же). Реакція нѣсколько вяла.

Visus ос. utr. = 1,0.

23/XII 901. Перемѣны нѣтъ.

20/V 902. У лимба правой роговицы съ наружной ея стороны по горизонтальному меридіану небольшая паракорнеальная лепрома желтоватаго цвѣта. Въ верхней четверти роговицы поверхностный диффузный кератитъ. Iris безъ перемѣны.

Visus ос. d. = 0,8; ос. s. = 0,6.

8/I 903. Ос. d. Пациентъ жалуется на боль въ правомъ глазу. Паракорнеальная лепрома безъ перемѣны. Легкая рѣс-

вичная инъекция. Iris изменена въ цвѣтѣ, набухла. Зрачекъ узкій, неправильной формы, почти полная *seclusio pupillae*. Во внутренней половинѣ передней камеры, соответственно горизонтальному меридіану, желтовато-бѣлая безсосудистая опухоль треугольной формы; основаніе ея скрывается за лимбомъ, вершина до зрачка не доходитъ. Поверхность новообразованія гладкая и прилежитъ къ Десцеметовой оболочкѣ, съ радужкой повидимому опухоль въ связи не находится.

Visus oc. d. = 0,4; oc. s. = 0,5.

Назначеніе: атропінъ.

2/II 903. Болей нѣтъ. Перикорнеальная инъекція отсутствуетъ. Форма зрачка по прежнему. Воспалительныя явленія со стороны радужки мало выражены. Опухоль въ передней камерѣ безъ перемѣны.

Visus oc. d. = 0,4; oc. s. = 0,6.

Lepra maculo-anaesthetica. — На заболѣваніе радужной оболочки было изслѣдовано 84 человѣка (57 мужчинъ и 27 женщинъ), при чемъ она оказалась измененной въ одиннадцати случаяхъ, т. е. въ 13,09%; у женщинъ измѣненія встрѣтились восемь разъ (14,03%), у мужчинъ три раза (11,11%).

Во всѣхъ случаяхъ существовалъ *lagophthalmus*. У восьми больныхъ можно было констатировать типическій *keratitis e lagophthalmo*, у остальныхъ трехъ роговица также была поражена, но настоящій характеръ упомянутого кератита выступалъ слабѣе. У четырехъ больныхъ иритъ протекалъ въ видѣ острого воспаленія, у двухъ изъ нихъ иритъ былъ односторонній: въ трехъ случаяхъ одновременно существовало заболѣваніе рѣсничнаго тѣла: значительныя цилиарныя боли, болѣзненность при надавливанія на рѣсничную область, отложенія на Десцеметовой оболочкѣ въ видѣ треугольника, обращеннаго основаніемъ внизъ, а разъ даже помутнѣнія стекловиднаго тѣла. У пяти человѣкъ иритъ наблюдался въ хронической формѣ, причемъ одинъ только разъ онъ былъ двусторонній, а въ двухъ случаяхъ мы имѣли обыкновенный исходъ рецидивирующихъ иридоциклитовъ — атрофію глазного яблока.

Заболѣванія сосудистаго тракта у моихъ больныхъ ничѣмъ не отличались отъ часто наблюдаемыхъ вслѣдствіе другихъ при-

чивъ и для проказы ничего характернаго не представляли. Никакихъ *uvéite irienne* ни въ смыслѣ *Grandclément*, ни въ смыслѣ *Borthen'a*, я не наблюдалъ. Болѣзнь повидимому при *Lepra maculo-anaesthetica* дѣйствительно протекаетъ легче, чѣмъ при *Lepra tuberosa*, и не ведетъ такъ часто къ столь печальнымъ слѣдствіямъ, какъ послѣдняя; лучшимъ доказательствомъ чего можетъ служить упомянутый нами больной № 54 (см. стр. 77).

Во всѣхъ моихъ случаяхъ одновременно существовалъ *lagophthalmus* и кератитъ. Были ли они всегда причинами прита сказать трудно, но у нѣкоторыхъ больныхъ безусловно. Въ существованіи самостоятельныхъ заболѣваній радужной оболочки я не сомнѣваюсь, но для подтвержденія этого мнѣнія, мы еще нуждаемся въ дальнѣйшихъ клиническихъ, а можетъ быть, и микроскопическихъ изслѣдованіяхъ. Едва ли однако удастся найти здѣсь бациллы, которые только и служатъ несомнѣннымъ доказательствомъ специфичности болѣзни, но, какъ извѣстно, при *Lepra maculo-anaesthetica*, почти никогда ихъ не находятъ. *Lie*, *Franke* и *Delbanco* изслѣдовали анатомически глаза, взятые послѣ смерти больныхъ пятнистой проказой, причемъ въ сильно измѣненныхъ тканяхъ передняго отрѣзка глазного яблока нашли множество лепрозныхъ палочекъ; однако всѣ эти случаи должны быть отнесены къ бугристой формѣ. Достаточно привести нѣсколько словъ изъ исторій болѣзни двухъ послѣднихъ авторовъ, чтобы тотчасъ обнаружить ихъ ошибку: „Теченіе проказы было таковое, что сперва на кожѣ появились пятна, которымъ впоследствии на лицѣ, ушахъ, рукахъ и ногахъ превратились въ инфильтраты и узлы . . .“ Эти слова коротко и наглядно намъ изображаютъ типическое развитіе бугровъ при бугристой проказѣ, при пятнистой никогда изъ пятенъ не образуются узлы, и послѣдніе вообще при *Lepa maculo-anaesthetica* отсутствуютъ. Что касается случая *Lie*, то общая картина болѣзни, правда, не говоритъ противъ пятнистой проказы, но за то описаніе глазъ тотчасъ должно ввѣститъ подозрѣніе относительно формы проказы: „ . . . Въ конь-

конктивѣ глазного яблока особенно внаружи замѣчается диффузная клеточная инфильтрація . . . Содержащій бациллы инфильтратъ достигаетъ у наружной части лимба наибольшей толщины . . . Инфильтратъ по своему строенію напоминаетъ плоскій бугоръ . . .“ Здѣсь, конечно, не можетъ быть никакого сомнѣнія въ томъ, что дѣло шло о такъ называемомъ плоскомъ корнео-склеральномъ инфильтратѣ, который встрѣчается исключительно при *Lepa tuberosa* и чаще всего локализуется у лимба наружнаго нижняго квадранта роговицы, какъ это и наблюдалось въ упомянутомъ случаѣ. Да авторъ и самъ даже говоритъ: „этотъ случай относится къ числу тѣхъ пятнистой формы, которые черезъ нѣкоторое время переходятъ въ бугристую.“ Подобный переходъ у насъ не наблюдается, и всѣ эти больные уже съ самого начала причисляются къ бугристой формѣ, при которой, какъ правило, бациллы находятъ легко и въ большомъ количествѣ. Глаза больныхъ, умершихъ отъ несомнѣнной пятнистой проказы, насколько я могу судить по бывшей въ моемъ распоряженіи литературѣ, до сихъ поръ еще никѣмъ микроскопически не были описаны.

8. Хрусталикъ.

Старческая катаракта встрѣчается у лепрозныхъ одинаково часто, какъ и у здоровыхъ и ничего типическаго для проказы не представляетъ. Измѣненія радужной оболочки и особенно рѣсничнаго тѣла нерѣдко вызываютъ расстройства питанія въ хрусталикѣ и даютъ такимъ образомъ поводъ къ образованію послѣдовательной катаракты; чего либо специфическаго въ этихъ случаяхъ авторамъ подъ микроскопомъ констатировать не удалось. Въ рѣдкихъ случаяхъ, при весьма сильныхъ измѣненіяхъ, когда весь передній отдѣлъ глаза бываетъ занятъ одной лепрозной тканью (Frankе и Delbanco), можетъ узурироваться передняя сумка и послѣдовать совершенное разсасываніе катаракты.

Что касается моихъ изслѣдованій, то у 32 больныхъ (18 разъ при *Lepra maculo-anaesthetica*, 14 разъ при *Lepra tuberosa*) я былъ въ состояніи констатировать катаракту; по большей части она была еще въ самыхъ начальныхъ стадіяхъ; больные эти находились въ преклонномъ возрастѣ, какой-либо другой причины кромѣ старости было трудно предполагать. У одного пациента съ хроническимъ иридоциклитомъ при лепромахъ въ передней камерѣ и радужкѣ существовало помутнѣніе хрусталика, по всей вѣроятности вызванное расстройствами сосудистаго тракта. У больного № 27, страдавшаго бугристой проказой, можно было видѣть на обоихъ глазахъ въ самыхъ переднихъ частяхъ хрусталика нѣсколько точечныхъ помутнѣній; со стороны сосудистаго тракта кромѣ немного вылой

реакції зрачка чого-либо ненормального констатировать было нельзя; на роговицахъ существовалъ поверхностный точечный лепрозный кератитъ; зрѣніе на обоихъ глазахъ равнялось почти 1,0. Относительно происхожденія упомянутыхъ измѣненій въ хрусталикѣ не рѣшаюсь даже высказать какое-либо предположеніе. У больного № 252 (см. стр. 97) съ лепромой радужки я могъ наблюдать на передней сумкѣ хрусталика маленькія сѣровато-бѣлыя отложенія округлой формы (бугорки?)

Этими данными и ограничиваются мои изслѣдованія надъ измѣненіями хрусталика.

7. Измѣненія дна глаза.

Относительно измѣненій глазного дна при проказѣ мы знаемъ весьма мало. Исслѣдованія авторовъ, какъ болѣе старыхъ, такъ и новѣйшаго времени, почти все имѣли только отрицательный результатъ. Такъ Hansen и Bull тщательно изслѣдовали офтальмоскопомъ болѣе двухсотъ больныхъ, но какихъ нибудь отклоненій отъ нормы констатировать не были въ состоянн. Къ точно такимъ же выводамъ пришли Pedraglia, Lopez, Гуляницкій, Mogaх, Neve, Patron-Espada, Franke и другіе, интересовавшіеся этимъ вопросомъ, а Worthen въ своей обширной работѣ даже и не упоминаетъ о нихъ.

Какъ бы въ противорѣчіе всему сказанному, мы узнаемъ изъ преній на Гейдельбергскомъ сѣздѣ въ 1900 г., будто Nieden, офтальмоскопируя лепрозныхъ, неоднократно констатировалъ атрофію зрительнаго нерва совместно съ другими сильно выраженными измѣненіями на днѣ глаза. Это обстоятельство заставило меня за болѣе точнымъ разъясненіемъ дѣла обратиться къ самому Nieden'у, который имѣлъ любезность прислать мнѣ въ отвѣтъ слѣдующее:

„Ich habe nur in der Heidelberger Versammlung meine Erfahrungen über Lepra-Beobachtungen in Norwegen, Madeira, Island und der Türkei mitgetheilt, indess nicht über diese Frage gearbeitet. Auch habe ich überall mehr nur die äusseren Veränderungen der Conjunctiva, Cornea beobachtet und von inneren Störungen nur Iritis und Iridochorioiditis in selte-

neren Fällen gesehen, so dass das Verhältniss von letzteren zu ersteren verschwindend klein war“.

Изъ этого письма въ достаточной степени явствуетъ, что Nieden заболѣваній зрительнаго нерва не наблюдалъ, а въ рѣдкихъ случаяхъ видѣлъ только иритъ или придохоріондизъ, т. е. тѣ измѣненія сосудистаго тракта, о которыхъ пишутъ всѣ изслѣдователи и описываютъ ихъ какъ придохоріондизъ съ большимъ или меньшимъ выпотомъ въ стекловидное тѣло.

Что касается патолого-анатомическихъ изслѣдованій, которыхъ существуетъ къ тому же до сихъ поръ еще мало, то они намъ также ничего не даютъ въ пользу самостоятельныхъ заболѣваній глубокихъ оболочекъ глаза. Процессъ всегда ограничивался переднимъ сегментомъ глазнаго яблока и въ рѣдкихъ случаяхъ при глубокихъ пораженіяхъ радужки и рѣсничнаго тѣла захватывалъ *per continuitatem* переднія части сосудистой и сѣтчатой оболочекъ. Lie на основаніи своихъ изслѣдованій приходитъ къ слѣдующему выводу:

„Въ общемъ можно сказать, что при анатомическомъ изслѣдованіи сосудистая оболочка при проказѣ рѣдко оказывается пораженной въ значительной степени; и это, въ виду локализациа процесса въ переднихъ частяхъ ея, едва ли удастся констатировать офтальмоскопически, даже если бы онъ проявлялся подѣ видомъ разсѣяннаго очаговаго хоріондиза или хоріоретинита. При немного дальше прогрессирующемъ процессѣ захватывается и сѣтчатка, но тогда влѣдствіе сопутствующихъ сильныхъ измѣненій въ переднихъ отдѣлахъ глаза, офтальмоскопъ и въ рукахъ самаго опытнаго изслѣдователя не будетъ въ состояніи оказать какихъ либо услугъ.“

Такое мнѣніе объ отсутствіи офтальмоскопическихъ измѣненій при проказѣ господствовало до настоящаго времени и повидимому господствуетъ еще и теперь, хотя въ литературѣ можно найти рѣдкія указанія на пораженіе дна глаза при этой болѣзни.

Первыя относящіяся сюда сообщенія принадлежатъ бразильскимъ врачамъ Azavedo Lima и Guedes de Mello, которые на основаніи 48 случаевъ проказы описали между прочимъ и офтальмоскопическія измѣненія. Они наблюдали довольно часто помутнѣнія стекловиднаго тѣла а еще чаще измѣненія со стороны соска зрительнаго нерва, изрѣдка встрѣчали они ретинитъ и атрофію хоріоидеи. На эту работу однако не обратили вниманія, потому что она заслуживаетъ очень малаго довѣрія. Какое можно на самомъ дѣлѣ придать значеніе такъ часто выдѣнной ими полной или частичной бѣдности соска, или описываемымъ ими измѣненіямъ его формы? Развѣ можно ставить діагнозъ на атрофію хоріоидеи, при просвѣщиваніи однихъ только сосудовъ?

Гораздо больше значенія имѣетъ работа Grantas'a. Онъ изслѣдовалъ двадцать пять больныхъ проказою и у десяти изъ нихъ ему удалось констатировать офтальмоскопическія измѣненія. Авторъ полагаетъ, что послѣднія безусловно должны быть лепрознаго характера, и онъ находятъ въ нихъ сходство съ хоріоретинитомъ при сифилисѣ, особенно съ тою картиною, которая наблюдается при наследственной формѣ этой болѣзни. Для лучшаго ознакомленія съ означенными измѣненіями, приведемъ тѣ мѣста изъ исторій болѣзни автора, которые имѣютъ прямое отношеніе къ интересующему насъ вопросу.

„Случай I: . . . довольно большое черное пятно немного кнаружи отъ желтаго пятна и нѣсколько желтовато-бѣлыхъ пятенъ у сосудовъ этой области.

Случай II: ос. d. Въ наружной половинѣ глазного два масса пятенъ, лежащихъ преимущественно подъ сосудами сѣтчатки и становящихся все многочисленнѣе по направленію къ ora serrata. Они самой разнообразной формы, то продолговаты, то совершенно неправильны; по большей части они совершенно чернаго цвѣта, нѣкоторыя же атрофически бѣлаго, а въ иныхъ замѣчается тотъ и другой цвѣтъ ос. s.; такого же рода измѣненія въ периферіи наружнаго нижняго квадранта, пожалуй, еще сильнѣе выражены. Помимо того замѣчается бѣлое пятно, по величинѣ, по крайней мѣрѣ, вдвое превосходящее maculam съ незначительнымъ накопленіемъ пигмента въ его сере-

динѣ Кромѣ того видно въ стекловидномъ тѣлѣ слегка синеватое круглое неподвижное пятно, имѣющее въ діаметрѣ около 10 милл., хорошо замѣтное съ $+4,0$ или съ $+5,0 D$, тогда какъ самъ глазъ эмметропическаго строенія. Съ передней поверхности пятна отходятъ двѣ серебристыя нити, которыя, удаляясь отъ мѣста выхода, все утончаются; онѣ слѣдуютъ за движеніями глаза, не мѣняя своего положенія. Какой нибудь связи между пленкой и сѣтчаткой констатировать нельзя. Заставляя глазъ мѣнять положеніе, удастся осмотрѣть всю сѣтчатую оболочку, лежащую за пленкой. Это измѣненіе скорѣе всего должно быть разсматриваемо какъ *Retinitis proliferans* и, по всей вѣроятности, есть слѣдъ старой геморрагіи. . . .

Случай III: ос. d. . . . въ носовой половинѣ экватора, въ сѣтчатѣ пигментное пятно вблизи сосуда . . . ос. s. Въ сторонѣ отъ сосуда вблизи *maculae* бѣлое овальное пятно, имѣющее около 5 милл. въ поперечникѣ (прямое изобр.)

Случай IV: ос. s. На внутренней половинѣ, дальше къ периферіи, бѣлое овальное пятно вблизи сосуда, имѣющее около 6 милл. въ поперечникѣ.

Случай V: ос. (?) Слабо выраженная пигментация дна глаза. Внизу по направленію къ *ora serrata* пигментное пятно и дальше отъ него одно бѣлое атрофическое.

Случай VI: ос. d. Наверху, около экватора, подъ артеріальнымъ сосудомъ сѣтчатки круглое, неокруженное пигментомъ, красновато-бѣлое пятно, имѣющее около 8 милл. въ поперечникѣ. Не много надъ нимъ другое меньшее . . .

Случай VII: ос. d. На внутренней половинѣ надъ сосудомъ сѣтчатки круглое бѣлое пятно, окруженное небольшимъ количествомъ пигмента, имѣющее въ поперечникѣ около 8 милл.

Случай VIII: ос. d. *Staphyloma posticum* при отсутствіи міопіи; на краю стафиломы двѣ круглыя точки. Въ периферіи у экватора пигментное пятнышко вблизи одной изъ венъ сѣтчатки.

Случай IX: ос. d. Въ наружной половинѣ между желтымъ пятномъ и периферіей замѣчаются три бѣлыя слабо розоватыя пятна; одно изъ нихъ въ легкой степени окружено пигментомъ . . .

Случай X: ос. s. На внутренней сторонѣ, въ периферіи, вблизи сосуда круглое бѣлое слабо розоватое пятно, при отсутствіи всякаго пигмента. По истеченіи 8 мѣсяцевъ пятно получило перламутровый видъ. 6 мѣсяцевъ спустя образовалось новое бѣлое пятнышко въ наружной периферіи . . .

Вскорѣ послѣ опубликованія результатовъ Grantas'a появилась другая работа о лепрозномъ хориоретинитѣ также изъ Константинополя. Bistis при прежнихъ своихъ изслѣдованіяхъ получалъ только отрицательныя данныя, но побужденный работой Grantas'a къ дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ, могъ въ трехъ случаяхъ констатировать измѣненія глазного дна, которые, по этому автору, также имѣли большое сходство съ хориоретинитомъ при наследственномъ сифилисѣ и были безусловно специфическаго характера. Въ наиболѣе сильно выраженномъ случаѣ измѣненія наблюдались на обоихъ глазахъ, локализовались по всей наружной половинѣ дна глаза и состояли изъ отдѣльных атрофическихъ очаговъ самаго разнообразнаго вида и величины, отчасти въ связи съ пигментомъ, а иногда и безъ него; послѣдній встрѣчался отдѣльно въ большомъ количествѣ и во всевозможныхъ формахъ. У другого больного явленія ограничивались чернымъ пятномъ немного кнаружи отъ желтаго пятна и нѣсколькими немного меньшими; помимо того замѣчалась въ верхней периферіи овальная желтоватая бляшка. У третьяго больного имѣлось на внутренней периферіи лѣваго глаза одно только бѣловатое пятнышко.

Всѣ эти случаи, описанные обоими авторами, свидѣлствуютъ о весьма тщательномъ изслѣдованіи: ни малѣйшая точка, ни пятнышко ими не были упущены изъ виду, особенно это видно изъ работы Grantas'a. Но, къ сожалѣнію, результаты ихъ далеко не являются столь убѣдительными для другихъ, какъ это кажется самимъ авторамъ. Большая часть ихъ случаевъ можетъ быть смѣло оставлена безъ вниманія. Какое же, дѣйствительно, можетъ имѣть значеніе одна встрѣчающаяся на здоровомъ днѣ глаза пигментная точка, или же какое нибудь отдѣльно стоящее бѣлое пятнышко, при слабо выраженной пигментации остальнаго дна? При тщательномъ офтальмоскопированіи можно часто наблюдать у людей совершенно здоровыхъ подобныя измѣненія, которыя никому не вздумается считать за специфическія. И вполне увѣренъ, что самъ Grantas, нашедши случайно у такого субъекта заднюю стафиому при от-

сутстні міонія и черную точку въ периферіи глазного дна. какъ это было въ случаѣ VIII, даже и не подумалъ бы о проказѣ, или на основаніи такихъ данныхъ сталъ бы дифференцировать ленту съ сирингомисліей, какъ это уже предлагаетъ v. Dühring.

Только одинъ случай Trantas'a (2-ое наблюденіе) и два первыхъ наблюденія Bistis'a представляютъ несомнѣнное заболѣваніе глазного дна съ характеромъ хоріоретинита. Стояли эти заболѣванія въ связи съ проказой, сказать на основаніи приведенныхъ малочисленныхъ наблюденій нельзя съ полной увѣренностью. Поэтому, я думаю, константинопольскіе изслѣдователи и не могутъ удивляться тому скептицизму, который встрѣтилъ ихъ работы со стороны другихъ ученыхъ, а въ особенности тѣхъ, которые еще спеціально занимались этимъ вопросомъ. Но съ другой стороны, хотя результаты Trantas'a и Bistis'a и были встрѣчены съ попитнымъ недоумѣніемъ и нѣкоторымъ недоумѣріемъ, тѣмъ не менѣе означеннымъ авторамъ принадлежитъ та честь, что они впервые обратили вниманіе ученаго міра на столь важный вопросъ и до нѣкоторой степени, по крайней мѣрѣ, заставили усумниться въ господствующемъ до того времени мнѣніи о незаболѣваемости дна глаза при проказѣ. Этотъ уже было рѣшенный въ отрицательномъ смыслѣ вопросъ поднимается этими авторами вновь и послѣдующимъ изслѣдователямъ ставится опять задача провѣрить ихъ наблюденія и изучать измѣненія глазного дна на болѣе обширномъ матеріалѣ.

Прежде чѣмъ приступить къ изложенію моихъ результатовъ, я считаю нужнымъ замѣтить, что съ работой Trantas'a я ознакомился только по изслѣдованію первой половины моихъ больныхъ, а о работѣ Bistis'a, равно какъ и о критикѣ обоихъ трудовъ я узналъ, когда мои изслѣдованія уже были закончены. Слѣдовательно, не можетъ быть и рѣчи о сколько нибудь существенномъ вліяніи этихъ авторовъ на ходъ моей работы. Изслѣдованія почти во всѣхъ случаяхъ производились, при расширенномъ зрачкѣ и по возможности въ прямомъ видѣ.

Мною было осмотрѣно 251 больныхъ проказою, изъ этого числа я исключилъ 49 человѣкъ по невозможности ихъ офтальмоскопировать вслѣдствіе сильныхъ помутнѣній преломляющихъ средъ. Кромѣ того я счелъ нужнымъ не принять во вниманіе восемь случаевъ, въ которыхъ этиологическимъ моментомъ измѣненій дна глаза могли служить другія причины.

№ 105. Myopia > 20 D.; ophth.: chorioiditis, maculitis, opacitates corporis vitrei.

№ 180. Myopia > 15 D.; ophth.: idem.

№ 186. Myopia около 10 D.; ophth.: idem.

№ 217. Myopia около 15 D.; ophth.: idem.

№ 243. Myopia около 10 D.; ophth.: idem.

Въ этихъ пяти случаяхъ измѣненія глазнаго дна, очень вѣроятно, стояли въ зависимости отъ высокой міопіи и не представляли ничего характернаго. Можетъ быть сюда же слѣдуетъ отнести и слѣдующее наблюденіе:

№ 195. Женщина 72 л. M. 5 D. $V = 0,2$ oc. s.; $V < 0,2$ oc. d.; стекла не улучшаютъ. Ophth.: maculitis, opacitates corp. vitrei oc. utr.

Затѣмъ слѣдуютъ еще два сомнительныхъ случая:

№ 168; женщина 66 л.; M. 3 D. $V =$ пальцы въ $1\frac{1}{2}$ метра oc. d., стекла не улучшаютъ (помутнѣнія роговицы); ophth.: maculitis oc. d. Болея проказой 3 года, а правымъ глазомъ видитъ плохо уже давно.

№ 109. Женщина 69 л. Паци. видитъ плохо въ теченіе 20 лѣтъ, болея проказою всего 3 года. Ophth.: старый разсѣянный хоріоидитъ по всему дну глаза, особенно въ височной его половинѣ и въ области желтаго пятна.

Изъ числа 202 больныхъ проказою (251—49) я нашелъ заболѣванія дна глаза въ 47 случаяхъ (приведенные выше 8 случаевъ сюда не включены) т. е. въ 23,26%. Я ихъ нашелъ 16 разъ у мужчинъ (18,18%) и 31 разъ у женщинъ (27,19%), изъ этого числа бугристой формой проказы были поражены 33, а пятнистой 14 человѣкъ. Но въ виду того, что изслѣдованіе производилось преимущественно надъ случаями сравнительно

легкими, а болѣе тяжелые вслѣдствіе измѣненій въ переднихъ частяхъ яблока оставались уже недоступными офтальмоскопу, я полагаю, что въ дѣйствительности число заболѣваній должно быть еще больше, чѣмъ найденное мною количество. Особенно это относится къ бугристой проказѣ, при которой, какъ мы видѣли, глазъ поражается гораздо чаще, чѣмъ при пятнистой. Громадное большинство изслѣдованныхъ больныхъ бугристой формой было съ измѣненіями преломляющихъ средъ, и я убѣжденъ, что благодаря этому обстоятельству многіе изъ описываемыхъ мною ниже случаевъ не разработаны во всѣхъ подробностяхъ, не говоря уже о тѣхъ, гдѣ изслѣдованіе производилось только въ обратномъ видѣ. Но, не смотря на всѣ трудности, съ которыми мнѣ приходилось бороться при изученіи этого отдѣла, я все-таки теперь въ состояніи привести нѣкоторые результаты, которые во всякомъ случаѣ должны имѣть значеніе для разъясненія этой до сихъ поръ темной, повидимому мало обѣщавшей изслѣдователю, но въ научномъ отношеніи крайне интересной области медицины. Насколько это мнѣ удалось, читатель увидитъ изъ дальнѣйшаго.

Помимо этихъ измѣненій мнѣ неоднократно, подобно Grantas'у, приходилось наталкиваться на какую нибудь отдѣльно стоящую пигментную точку или пятнышко, всѣ эти случаи, конечно, мною были отмѣчены, но въ виду того, что они сами по себѣ ничего не говорятъ и вѣроятно всего не относятся къ проказѣ, то я имъ не придаю особаго значенія и обхожусь ихъ молчаніемъ. Въ прилагаемыхъ исторіяхъ болѣзни я привелъ только случаи, которые, по моему мнѣнію, безусловно лепрознаго характера. При нѣкоторомъ ознакомленіи съ приведеннымъ матеріаломъ, читателя, даже не специалиста, должно поражать то громадное сходство, которое наблюдается между отдѣльными случаями, и невольно у него появится желаніе къ ихъ обобщенію. Руководствуясь такими мотивами, я распредѣлил моихъ больныхъ на нѣсколько группъ, къ изученію которыхъ теперь и перейдемъ.

A. Chorioiditis disseminata.

(Случаи №№ 10—24 и 48).

Относящиеся въ эту группу случаи характеризуются измѣненіями въ сосудистой оболочкѣ и могутъ быть причислены къ типу Chorioiditis disseminata. Этотъ хоріондитъ встрѣчается чаще другихъ лепрозныхъ заболѣваній глазного дна и наблюдается при обѣихъ формахъ проказы, какъ у мужчинъ (31,25%), такъ и у женщинъ (35,48%).

Характернымъ признакомъ его служитъ расположеніе очаговъ въ самой крайней периферіи дна глаза, почему они видны иногда только въ обратномъ видѣ и при расширенномъ атропномъ зрѣніи. Чаще всего приходится встрѣчать отдѣльные бѣлые атрофическіе фокусы круглой или овальной формы: неправильныя очертанія очаговъ наблюдаются рѣдко (№ 11), и въ такомъ случаѣ легко видно возникновеніе ихъ изъ прежде упомянутыхъ. Иногда рядомъ съ этими атрофическими очагами попадаются и отдѣльные болѣе свѣжіе фокусы, диффузно ограниченные съ розоватымъ или желтымъ оттѣнкомъ (№№ 13, 15, 17), при совершенномъ отсутствіи пигмента или весьма маломъ количествѣ его, а разъ въ № 10 мнѣ даже случилось наблюдать совершенно свѣжую картину хоріондита. Величина очаговъ сильно колеблется, отъ булавочной головки до 8 поперечниковъ соска и, пожалуй, еще больше. Они рѣдко занимаютъ всю периферію глазного дна (№ 21), а чаще всего ограничиваются однимъ какимъ-либо или нѣсколькими квадрантами его. Наружный нижній квадрантъ заболѣваетъ наиболѣе часто, а рѣже всего внутренній нижній и то только при существующихъ уже измѣненіяхъ въ другихъ квадрантахъ. Подобное же расположеніе было неоднократно констатировано и при лепрѣ наружнаго глаза. Измѣненія, какъ правило, остаются въ периферіи и крайне рѣдко переходятъ за экваторъ, не щадя тогда и желтаго пятна. Обыкновенно, но не всегда (№ 21), воспалительные фокусы сопровождаются развитіемъ пигмента, который рас-

полагается то по ихъ границамъ, то на самомъ пятнѣ, то встрѣчается иногда въ сѣтчаткѣ въ видѣ отдѣльныхъ точекъ (№№ 17, 20, 23). Случаевъ, въ которыхъ онъ замѣщаль бы собою всю блинну, какъ это бывастъ часто при хоріондитахъ отъ другихъ причинъ, напр. вслѣдствіе сифилиса, мы нѣкогда не приходилось наблюдать.

Теченіе хоріондита повидимому довольно благопріятное; въ одномъ только случаѣ онъ былъ осложненъ помутнѣніями стекловиднаго тѣла и гипереміей дна, у всѣхъ остальныхъ больныхъ никакихъ осложнений не наблюдалось.

Субъективныхъ жалобъ хоріондитахъ пациентамъ также не причинялъ. На зрѣніе вліянія онъ, какъ таковой, не оказывалъ, развѣ только въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь уже перешла на желтое пятно. Поле зрѣнія и цвѣтоощущеніе грубыхъ уклоненій отъ нормы не представляли.¹⁾

Что касается отношенія хоріондита къ наружнымъ заболѣваніямъ глаза, то онъ безусловно долженъ занимать совершенно самостоятельное мѣсто; случаи №№ 10, 14, 16, 20, 24 служатъ лучшимъ доказательствомъ того, что болѣзнь можетъ начаться съ глубокихъ частей глаза.

Изъ 15 случаевъ этой группы одностороннихъ было 8, двустороннихъ — 5, у трехъ больныхъ изслѣдовать другой глазъ оказалось невозможнымъ вслѣдствіе помутнѣнія средъ.

№ 10 (24). Тиллеръ Трива, 25 л. Лензорія — Венденъ № 79. *Lepa maculo-anaesthetica*. Вольна 5 лѣтъ. *Conjunctivitis catarrh. chr. os. utr.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Совершенно въ периферіи наружнаго нижняго квадранта, ближе къ вертикальному меридіану встрѣчаются отдѣльныя сѣровато-желтыя неправильной формы диффузно ограниченныя пятна. Вся эта область представляется мутноватой; кое-гдѣ попадаются черныя точки пигмента. Ос. d. безъ измѣненій.

Цвѣтоощущеніе, поле зрѣнія измѣненій не представляютъ. $\text{Visus: II 2 D. V} = 1,0 \text{ ос. d.}; \text{II 2,5 D. V} = 0,7 \text{ ос. s.}$

1) Изслѣдованіе производилось безъ помощи периметра.

№ 11 (70). Якобсонъ Моисей, 17 л. Лепрозорія — Рига № 192. *Lepra tuberosa*. Боленъ 6 лѣтъ. На глаза не жалуется. Въ верхней трети роговицы поверхностный лепрозный кератитъ; *macula corneae os. utr.* Зрачекъ неправильной формы (задніа синехіа), реагируетъ хорошо; *iris* нормального цвѣта. Воспалительныя явленія отсутствуютъ. Чувствительность на кожѣ вѣкъ нормальна, на *conj. palp. et bulbi* и на роговицѣ сильно понижена.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Совершенно въ периферіи наружнаго нижняго квадранта бѣлый атрофическій очагъ въ сосудистой оболочкѣ, окруженный со всѣхъ сторонъ пигментной каймой и занимающій пространство, по крайней мѣрѣ, въ четыре поперечника соска. *Os. s.*: измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. *Visus os. utr.* = 1,0.

№ 12 (73). Рекстиянъ Августъ, 17 л. Лепрозорія — Рига № 263. *Lepra peruvium*¹⁾. Боленъ 11 лѣтъ. На глаза не жалуется. Въ верхней трети лѣвой роговицы нѣсколько поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній (*keratitis punctata superficialis*). Чувствительность на *conj. palp.* отсутствуетъ, на *conj. bulbi* и на роговицѣ сильно понижена.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ бѣлый атрофическій очагъ въ сосудистой оболочкѣ величиной въ треть соска, возлѣ него другой съ булавочную головку. Каждый изъ нихъ окаймленъ пигментной полоской, оба они кромѣ того окружены одной общей пигментной каймой. Измѣненія лежатъ совершенно въ периферіи и замѣтны потому только въ обратномъ видѣ. *Os. s.*: въ периферіи наружнаго нижняго квадранта ближе къ вертикальному меридіану подобный же очагъ величиною съ четверть соска; пигментъ не только окружаетъ его, но и лежитъ мѣстами на немъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. *Visus os. utr.* = 1,0.

№ 13 (153). Ливъ Мертъ, 31 г. Лепрозорія — Тарвасть № 51. *Lepra tuberosa*. Боленъ 5 лѣтъ. На глаза не жалуется. Въ верхней четверти правой роговицы нѣсколько поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. s.* Въ периферіи верхняго внутренняго квадранта глазного дна, ближе къ горизонтальному меридіану бѣлое атрофическое пятно въ сосудистой оболочкѣ величиною съ полсоска, замѣтное въ прямомъ видѣ

1) Обозначеніе, соответствующее нашей *Lepra maculo-anaesthetica*.

только при зрачкѣ, расширенномъ *ad maximum*, и то съ трудомъ; на бѣломъ пятнѣ встрѣчается пигментъ, который принадлежитъ сосудамъ, пробѣгающимъ по пятну. Еще далѣе къ носовой части подъ горизонтальнымъ меридіаномъ черная точка пигмента величиною съ булавочную головку, замѣтная только въ обратномъ видѣ, благодаря своему крайне периферическому положенію. *Oc. d.* Совершенно въ периферіи наверху по вертикальному меридіану желтовато-бѣлый очагъ въ сосудистой оболочкѣ овальной формы. Большой его поперечникъ, соответствующій горизонтальному направленію, равенъ приблизительно въ обратномъ видѣ двумъ сантим., а меньшій полсант. Въ прямомъ видѣ удастся только изслѣдовать часть очага, и то при расширенномъ *ad maximum* зрачкѣ; на этомъ пятнѣ лежатъ отдѣльныя скопленія пигмента, мѣстами прилежащаго къ сосудамъ сѣтчатки. Подобный очагъ съ такимъ же распределеніемъ пигмента замѣчается и въ крайней периферіи верхняго наружнаго квадранта. *Oc. d.*: измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія нормальны. *Visus oc. utr.* = 1,0.

№ 14 (199). Юргенштейнъ Карлъ, 56 л. Лепрозорія — Непиаль № 240. *Lepa maculo-anaesthetica*. Боленъ 9 лѣтъ. На глаза не жалуются. *Lagophthalmus incipiens oc. utr.* Рѣсницы малочисленны и атрофированы.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *oc. d.* Въ периферіи наружнаго нижняго квадранта, ближе къ вертикальному меридіану, нѣсколько атрофическихъ пятенъ сосудистой оболочки, по большей части овальной формы, величиною съ сосокъ и больше; надъ ними и около нихъ отдѣльно разбросанный пигментъ. *Oc. s.*: такіе же очаги съ подобнымъ же распределеніемъ пигмента замѣчаются на внутренней половинѣ по горизонтальному меридіану. Измѣненія лежатъ еще далѣе къ периферіи и замѣтны только въ обратномъ видѣ.

Цвѣтоощущеніе *oc. utr.*: желтый цвѣтъ называетъ иногда зеленымъ и на оборотъ. Поле зрѣнія не сужено. *Visus*: *H* 1,5 *D V* = 1,0 *oc. d.*; *H* 1,0 *D V* = 0,6 *oc. s.*

№ 15 (50). Бютнеръ Дарта, 60 л. Лепрозорія — Венденъ № 114. *Lepa maculo-anaesthetica*. Болея 12 лѣтъ. Глазами страдаетъ 7 лѣтъ. *Oc. utr.*: Рѣсн. въ сильной степени атрофированы и сморщены, почти не функционируютъ. *Lagophthalmus* и *estrōpiū* весьма сильной степени. Весьма значительное сморщиваніе всего конъюнктивальнаго мѣшка. *Conj. bulbi* сильно гиперемирована, особенно въ нижней половинѣ; слабая

рѣспичная инъекція. Большая половина роговицы свизу остается непривытой, *keratitis e lagophthalamo*. Чувствительность на кожѣ вѣкъ, *conj. bulbi* и на роговицахъ сильно понижена, а на *conj. palp.* отсутствуетъ. Глаза при надавливаніи болѣзненны. *Iris* слегка набѣхла и мутновата, масса заднихъ синехій. слѣва *occlusio pupillae*.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. s.* Получается только слабый рефлексъ съ дна глаза. *Os. d.* Изслѣдованіе вслѣдствіе помутнѣнія средъ весьма затруднительно и возможно только въ обратномъ видѣ. *Staphyloma postic. temp.* Почти совершенно у соска вверху и внутри бѣлый атрофическій очагъ сосудистой оболочки величиною съ полсоска, окруженный пигментомъ. Нѣсколько такихъ же очаговъ встрѣчаются дальше въ носовой части. Вверху въ периферіи отдѣльно стоящій бѣлый съ розоватымъ оттѣнкомъ очагъ; пигментъ отсутствуетъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. *Visus: M 3.0 DV < 0,4 os. d.; os. s. =* пальцы на 2 метра, стекла не улучшаютъ.

№ 16 (99). Штейнбергъ Баббе, 77 л. Лепрозорія — Рига № 65. *Lepra nervorum*. Больна 8 (?) лѣтъ. На глаза не жалуются. *Entropium spastic. senile palp. inf. os. d. Conjunctivitis catarrh. chr. os. utr. Cataracta senilis incip. os. utr.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. d.* Сейчас надъ соскомъ бѣлый атрофическій очагъ сосудистой оболочки величиною съ 8 поперечниковъ соска по крайней мѣрѣ, окруженный только отчасти пигментомъ, котораго довольно много разбросано по очагу. *Os. s.* измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. *Visus os. utr. = 0,1*; стекла не улучшаютъ.

№ 17 (213). Терсъ Лиза, 50 л. Лепрозорія — Пенналь № 275. *Lepra tuberoso-anaesthetica*. Больна 9 лѣтъ. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. *Lagophthalmus* и *ectropium incip. os. d. Conjunctivitis chr., справа сильнѣе. Dacryocystoblennorrhoe os. d.* Лѣвая роговица въ верхней трети слегка диффузно помутнена, въ нижней ея половинѣ на *M. D.* отдѣльныя точечныя буроватаго цвѣта отложенія. Поверхностное диффузное помутнѣніе въ верхней половинѣ правой роговицы, въ наружной половинѣ сильнѣе выраженное и заходящее въ глубокіе слои, два отложенія на *M. D.* *Iris os. utr.* не измѣнена въ цвѣтѣ; зрачекъ слегка овальной формы (синехій нѣтъ), реагируетъ довольно слабо.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. utr. Масса совершенно мелкихъ помутнѣній стекловиднаго тѣла, между ними справа одно довольно большое подвижное, имѣющее видъ полупрозрачной пленки. Изслѣдованіе дна возможно по причинѣ помутнѣній роговицы и стекловиднаго тѣла почти только въ обратномъ видѣ; оно представляется довольно мутнымъ. Сосокъ гипертрофированъ. Вены сѣтчатки изгибаются, просвѣтъ ихъ кажется шире нормальнаго. Ос. d.: совершенно въ периферіи наружнаго нижняго квадранта видна часть большого бѣлаго атрофическаго очага сосудистой оболочки, мѣстами окруженнаго пигментомъ, особенно много его на очагѣ и по близости его, гдѣ онъ распределенъ въ видѣ отдѣльныхъ точекъ величиною съ булавочную головку и больше. Недалеко отъ очага находится другой съ конюлиное зерно, окруженный пигментомъ. Въ периферіи нижняго внутренняго квадранта также попадаетъ въ большое количество точечно распределенный пигментъ.

Цѣттоощущеніе нормально. Поле зрѣнія особыхъ измѣненій не представляетъ. Тензія по видимому нормальная. Visus os. d. = 0,2; ос. s. = 0,5. Стекла не улучшаютъ.

№ 18 (223). Татаръ Минца, 64 л. Лензорія — Невналь № 247. *Lepra tuberosa*. Больна 9 лѣтъ. На глаза не жалуется. Вѣки диффузно инфильтрованы, особенно края верхнихъ. Рѣсницы на верхнихъ вѣкахъ малочисленны и сильно атрофированы, на нижнихъ отсутствуютъ. *Keratitis punctata superficialis* ос. utr., справа немного сильнѣе.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Въ периферіи внутренняго верхняго квадранта, вблизи отъ горизонтальнаго меридіана, небольшой бѣлый атрофическій очагъ сосудистой оболочки, въ прямомъ видѣ величиною съ конюлиное зерно, окруженный пигментомъ. Ос. s. измѣненій нѣтъ.

Цѣттоощущеніе нормально. Visus os. utr. = H 1,5 D < 1,0.

№ 19 (162). Куляль Маль, 53 л. Лензорія — Тарвасть № 73. *Lepra tuberosa*. Больна 3 года. На глаза не жалуется. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Въ верхней трети роговицы *Keratitis punctata superf.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Въ периферіи внутренняго верхняго квадранта ближе къ вертикальному меридіану нѣсколько бѣлыхъ точекъ. Такія же бѣлыя точки, но окруженные пигментомъ, встрѣчаются и въ периферіи наружнаго нижняго квадранта. Ос. s. измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія безъ измѣненій. Visus os. utr. H 1,0 D = 1,0.

№ 20 (188). П е р т ъ Анна, 65 л. Лепрозорія-Тарвасть № 93. *Lepra tuberosa*. Пациентка съ годъ, какъ замѣчаетъ по временамъ передъ глазами туманъ, до того чувствовала себя хорошо. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. На лѣвомъ верхнемъ вѣкѣ атрофическое мѣсто кожи, лишенное нормального ея цвѣта съ желтоватымъ оттѣнкомъ. *Cataracta senilis incip.* os. utr.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. *Staphyloma posticum annulare*. Въ периферіи наружнаго нижняго квадранта довольно много пигмента, преимущественно распредѣленнаго вокругъ бѣлыхъ точекъ величиною съ булавочную головку. Ос. s. *staphyloma posticum temporale*. Въ периферіи внутренней половины довольно много пигментныхъ точекъ; въ наружной половинѣ у горизонтальнаго меридіана бѣлый очагъ, окруженный пигментомъ и величиною съ булавочную головку. Ос. utr. *Maculitis* скопленіе чернаго пигмента и нѣсколько атрофическихъ точекъ. Скіаскопически: ос. d. M. 4,0 D; ос. s. M. 3,0 D.

Цвѣтоощущеніе нормально. Visus: ос. d. пальцы на 4 метра; ос. s. пальцы на 5 метровъ; стекла не улучшаютъ.

№ 21 (183). С а у л ъ Каролина, 42 г. Лепрозорія-Тарвасть № 18. *Lepra tuberosa*. Болея 4 года. Четыре недѣли пациентка чувствуетъ тупую боль въ правомъ глазу. Глазъ при надавливаніи безболѣзненъ. Края вѣкъ диффузно инфильтрованы. *Conjunctivitis catarrh. chr.* os. utr. Справа въ верхнемъ наружномъ квадрантѣ роговицы, слѣва въ верхней трети ея поверхностный лепрозный кератитъ. Ос. d.: значекъ неправильной формы (заднія синехіи); воспалительныя явленія отсутствуютъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Вся крайняя периферія глазнаго дна усеяна массой отдѣльныхъ бѣлыхъ съ сѣроватымъ оттѣнкомъ бляшекъ величиною въ нѣсколько кв. милл. до кв. сантиметра и больше. Сосуды вездѣ лежатъ надъ ними; пигментъ отсутствуетъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. Поле зрѣнія не сужено. Visus: ос. d. H 1,75 V 0,6; ос. s. H 1,75 V 0,8.

№ 22 (244). Б е р г ъ Анетта, 18 л. Лепрозорія-Мули¹⁾. *Lepra tuberosa*. Болея 3 года. Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы, особенно въ ихъ наружной половинѣ. Ос. utr.:

1) Вблизи Юрьева.

эписклеральная опухоль желтоватаго цвѣта съ розоватымъ оттѣнкомъ, справа охватывающая серповидно наружную половину роговицы, а слѣва почти всю ее, за исключеніемъ внутренняго верхняго квадранта. Диффузное помутнѣніе верхней трети роговицы. Радужныя оболочки нормальнаго цвѣта, зрачки хорошо реагируютъ; ос. s. снаружки вверху задняя синехія.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. utr. Въ периферіи наружной половины глазного дна, особенно въ верхнемъ квадрантѣ масса отдѣльных бѣлыхъ съ сѣровато-синимъ оттѣнкомъ блестящихъ величиною съ конопляное зерно и замѣтныхъ только въ обратномъ видѣ; весьма малое число ихъ окружено пигментомъ, послѣдній въ наружной половинѣ праваго глаза полагается въ видѣ отдѣльных точекъ.

Visus os. utr. = 1,0. (Продолженіе исторіи болѣзни см. стр. 96).

№ 23 (65). Кякутъ Михкель, 30 л. Лепрозорія-Рига № 158. *Lepra tuberosa*. Боленъ 8 лѣтъ. На глаза теперь не жалуется. Положеніе обоихъ глазъ правильное, дефектъ подвижности въ сторону лѣваго m. abducentis (20 лѣтъ назадъ болѣлъ лихорадочной болѣзью, послѣ которой у пациента появилась диплопія, существовавшая около двухъ лѣтъ, теперь она отсутствуетъ). Въ верхней части обоихъ роговицъ *keratitis punctata superficialis*. Чувствительность на conj. bulbi и на роговицѣ понижена, а на conj. palp. отсутствуетъ.

Офтальмоск. изслѣд.: ос. d. Сосокъ нѣсколько гипертрофированъ, границы его немного ступенчаты. Совершенно въ периферіи глазного дна, въ наружной половинѣ его, немного надъ горизонтальнымъ меридіаномъ нѣсколько бѣловатыхъ величиною съ четверть соска пятенъ, около нихъ масса пигмента.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія нормальны. Visus: M 4 D V 0,8 ос. d.; M 1,0 D. V 0,8 ос. s.

№ 24 (116). Дмитріева Татьяна, 72 л. Лепрозорія-Рига № 18. *Lepra nervorum*. Больна 12 лѣтъ. На нижнемъ лѣвомъ вѣкъ небольшая ангиома. *Cataracta senilis incip.* ос. utr.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Масса отдѣльных бѣлыхъ точекъ величиною съ булавочную головку совершенно въ периферіи наружнаго верхняго квадранта глазного дна. Ос. d. Нѣсколько такихъ же точекъ въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ ближе къ вертикальному меридіану.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія нормальны. Visus (?); больная не умѣетъ ни читать, ни считать.

B. Degeneratio pigmentosa retinae.

(Случай №№ 25—29).

Относящіяся сюда измѣненія также локализируются въ периферическихъ частяхъ глазного дна, но главнымъ образомъ проявляются со стороны сѣтчатки. Болѣзненные симптомы по своимъ объективнымъ и субъективнымъ даннымъ во многихъ отношеніяхъ напоминаютъ пигментный ретинитъ или скорѣе атипическую форму его, описанную Leber'омъ¹⁾ и неоднократно констатированную Hutchinson'омъ²⁾ при послѣдственномъ сифилисѣ. Всѣ мои пять случаевъ наблюдались у больныхъ съ бугристой проказой, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ. У трехъ націентовъ заболѣваніе было двустороннимъ, у двухъ возможно было изслѣдовать только одинъ глазъ. Ретинитъ повидимому захватываетъ большіе отдѣлы периферіи глазного дна, чѣмъ вышеописанный хоріонидитъ, а иногда и всю ее (№ 29). Главный объективный признакъ, характеризующій болѣзнь, заключается въ пигментѣ, который въ видѣ массы густо лежащихъ точекъ можетъ покрывать цѣлыя области. Часто эти точки соединяются съ рядомъ лежащими и такимъ образомъ перѣдко даютъ поводъ къ образованію неправильныхъ фигуръ, напоминающихъ костные тѣльца. Но въ общемъ эти образования обыкновенно не отличаются той вязкостью, правильностью, стройностью, какъ это мы привыкли видѣть при пигментномъ ретинитѣ. Иногда мнѣ приходилось встрѣчать бѣлые атрофическіе фокусы круглой и овальной, а часто совершенно неправильной формы. Были ли это атрофическіе очаги сосудистой оболочки или были они обязаны своимъ происхожденіемъ исчезновенію пигментнаго эпителія, что перѣдко наблюдается при подобнаго рода процессахъ, я съ положительностью сказать

1) Leber. Ueber anomale Formen der Retinitis pigmentosa. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. XVII, p. 314—341.

2) Hutchinson. A clinical lecture on progressive chorioiditis in connexion with acquired syphil. Medic. Times and Gaz. 1877 p. 535.

не могу, но скорѣе склоненъ полагать, что чередовались обѣ картины. Больная № 29 свидѣтельствуєтъ намъ, что и этому ретивиту не чужды тѣ измѣненія, которыя свойственны пигментному въ болѣе тяжелыхъ и позднихъ стадіяхъ, какъ помутнѣніе стекловиднаго тѣла, сѣроватая окраска глазного дна, суженіе сосудовъ и т. д. Еще болѣе это сходство проявляется въ субъективныхъ симптомахъ. Четверо изъ пяти больныхъ страдали гемералоніей, пятый ее отрицалъ; но, заставивъ означеннаго больного пройти по комнатѣ при пониженномъ освѣщеніи, я, какъ и присутствующіе, могъ убѣдиться въ трудности ориентировки, тогда какъ другіе пациенты при тѣхъ же условіяхъ никакихъ препятствій не испытывали; далѣе у этого же больного оказалось сильно концентрически суженное поле зрѣнія. У пациентки № 29 вслѣдствіе ея невнимательности изслѣдованіе было невозможно, а у больного № 27 поле зрѣнія повидимому никакихъ уклоненій отъ нормы не представляло, у остальныхъ съ гемералоніей оно было концентрически сужено. Здѣсь же кстати замѣчу, что результаты, полученные при изслѣдованіи безъ помощи периметра и при неподходящей пріютской обстановкѣ, естественно не могутъ отличаться той точностью, къ которой мы привыкли въ клиникѣ; поэтому отрицательныя данныя насъ не должны удивлять, положительныя же имѣть тѣмъ болѣе гѣское значеніе.

О гемералоніи при лепрѣ упоминаетъ только Lopez, который ее встрѣчалъ нѣсколько разъ у своихъ больныхъ; послѣдніе жили при наилучшей обстановкѣ, и страданіе ихъ, по мнѣнію автора, ни въ коемъ случаѣ не могло быть вызвано дурными условіями жизни, а должно было зависѣть отъ анеміи, всегда констатируемой при проказѣ. Другую весьма краткую замѣтку мы находимъ въ статьѣ Румянцева, гдѣ одинъ изъ больныхъ при нормальномъ зрѣніи и отсутствіи измѣненій со стороны глаза страдалъ куриной слѣпотой. Этими немногими наблюденіями, лишенными всякой анатомической подкладки, ограничивались до сихъ поръ всѣ свѣдѣнія относительно гемералоніи при проказѣ.

Помимо означенных пяти пациентов, ко мне обращались еще трое с жалобами на куриную слепоту. У двух она появилась с год тому назад, у третьего с месяц и все держится упорно. Двое страдали пятнистой, один бугристой проказой. В последнем случае имелся односторонний поверхностный лепрозный каратит легкой степени, а у одного из пятнистых больных двусторонний начинающийся *keratitis e lagophthalmo*. Других изменений со стороны глаз у означенных трех больных констатировать было нельзя; дно было нормально, и зрение равнялось $\frac{1}{4}$. Но поле зрения у всех их оказалось концентрически суженным; у одного, правда, в легкой степени, у остальных в весьма сильной. Такого рода заблуждение во всяком случае зависит от расстройства питания сетчатки, и я уверен, что отрицательный результат, полученный офтальмоскопом, должен быть приписан несовершенству наших методов исследования. Очень может быть, что с течением времени и в этих глазах появятся те черные бляшки, которые нам удалось видеть у предыдущих больных.

По всей вероятности и при этом ретинит главными анатомическими изменениями должны находиться в сосудистой оболочке, а не в сетчатке, которая заболевает вторично. Констатируемые очаги в хориоиде и обильные помутнения стекловидного тела — факты, говорящие в пользу моего предположения, которое еще находит дальнейшее подтверждение в исследованиях Schweiger'a, Waggenman'a, Евецкого, сделанных при подобных ретинитах вследствие других причин.

№ 25 (168). Каск Мария, 68 л. Лепрозия — Тарвасть № 70. *Lepra tuberosa*. Больна 7 лет. Верхние веки, особенно край их диффузно инфильтрованы. Ресницы малочисленны и атрофированы. На конъюнктивах век трахоматозные рубцы. Ос. d.: У лимба наружного нижнего квадранта роговицы паракорнеальная лепрома. Верхняя половина роговицы диффузно помутнена.

Офтальмоскоп. исслед.: ос. utr. Помутнения стекловидного тела; слеза они малочисленны и слабо выражены, справа

ихъ весьма много, и здѣсь они представляются въ видѣ отдѣльныхъ подвижныхъ хлопьевъ. Ос. d. Изслѣдованіе возможно только въ обратномъ видѣ. *Staphyloma posticum annulare*. Бѣлое пятно съ булабочную головку недалеко отъ желтаго пятна. Въ периферіи наверху два черныхъ неправильной формы пятна величиною съ четверть соска; вблизи ихъ пигментныя точки, лежащія около сосудовъ сѣтчатки. Міопія незначительной степени. Ос. s. Дно также видно мутно, изслѣдованіе въ обратномъ видѣ. Совершенно въ периферіи внутренняго верхняго квадранта ближе къ горизонтальному меридіану массы пигмента, состоящія изъ отдѣльныхъ пятенъ, отчасти напоминающихъ „костныя тѣльца.“ Міопія слабой степени.

Цвѣтоощущеніе нормально. Поле зрѣнія, особенно слѣва въ сильной мѣрѣ концентрически сужено. Пациентъ въ комнатѣ при слабомъ освѣщеніи совершенно не въ состояніи ориентироваться, но гемералопію отрицаетъ. *Visus* ос. d. $< 0,2$; ос. s. $< 0,3$; стекла не улучшаютъ.

№ 26 (51). Андрусъ Юле, 49 л. Лепрозорія-Венденъ № 35. *Lepra tuberosa*. Больна 12 лѣтъ. Въ апрѣлѣ прошлаго и нынѣшняго года въ теченіе нѣсколькихъ недѣль болѣла лѣвый глазъ. Пациентка иногда видитъ искры; уже съ годъ въ сумеркахъ видитъ гораздо хуже прежняго. Рѣсницы на нижнихъ вѣкахъ отсутствуютъ, на верхнихъ малочисленны и атрофированы. *Keratitis superficialis* ос. utr. . Ос. s. : довольно значительная задняя свехія снаружи и снизу; воспалительныя явленія отсутствуютъ; зрачекъ хорошо реагируетъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Совершенно въ периферіи верхней половины, особенно наружнаго квадранта, масса бѣлыхъ точекъ, изъ которыхъ многія окружены черной каймой. Въ нѣкоторыхъ мѣстахъ точки сливаются въ бѣлые неправильной формы очаги, отчасти окруженные пигментомъ. Точки преимущественно расположены около сосудовъ. Помимо того замѣчается много пигмента, расположеннаго въ видѣ точекъ, повидимому, лежащихъ въ сѣтчаткѣ. Сосокъ гиперемированъ; со стороны сосудовъ ничего ненормальнаго не замѣчается. Нижнюю половину дна вслѣдствіе помутнѣнія роговицы не удастся вполне хорошо изслѣдовать. Ос. d. : подобная картина точекъ и пигмента, но слабѣе выраженная, наблюдается въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ. Здѣсь измѣненія отчасти лежатъ ближе къ центру.

Цвѣтоощущеніе нормально. Поле зрѣнія концентрически сужено, но не въ сильной мѣрѣ. $\text{Visus os. d.} = 1,0$; $\text{os. s.} = 0,7$; стекла не улучшаютъ.

№ 27 (22). Андерсонъ Спридизъ, 62 л. Лепрозорія-Венденъ № 102. *Lepra tuberosa (?) anaesthetica*. Боленъ 7 лѣтъ. Жалуется на плохое зрѣніе и по временамъ появляющіяся въ лѣвомъ глазу боли; полтора года страдаетъ „куриной слѣпотой.“ Почти полная *seclusio* и *occlusio pupillae os. s.* Другихъ измѣненій со стороны наружнаго глаза не замѣчается.

Офтальмоскоп. изслѣд.: os. d. Совершенно въ периферіи нижняго наружнаго квадранта отдѣльныя совершенно черныя пигментныя бляшки, повидимому, лежащія въ сѣтчаткѣ и имѣющія нѣкоторое сходство съ „костными тѣльцами.“ Со стороны хориоидеи ничего положительнаго сказать нельзя; въ одномъ мѣстѣ она кажется слегка атрофированной. Os. s. изслѣдовать не удается.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія, повидимому, сужено. $\text{Os. d. H } 1,75 \text{ D. V} = 0,7$; $\text{os. s. V} = 0,1$, стекла не улучшаютъ.

№ 28 (135). Пуллерицъ Гансъ, 39 л. Лепрозорія-Тарвасть № 12. *Lepa tuberosa*. Боленъ 7 лѣтъ. Боли въ лѣвомъ глазу. Около двухъ мѣсяцевъ пациентъ въ сильной мѣрѣ страдаетъ „куриной слѣпотой.“ Края верхнихъ вѣкъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы почти совершенно отсутствуютъ. Гиперемія *conj. palr.* и *bulbi.*, слѣва еще легкая рѣсничная инъекція. Обѣ роговицы слегка диффузно помутнены. Зрачки овальной формы, но расширеніи атропиномъ, остаются такими же, справа реагируютъ хорошо, слѣва вяло. *Iris os. s.* слегка измѣнена въ цвѣтѣ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: os. d. По причинѣ помутнѣній роговицы изслѣдованіе возможно только въ обратномъ видѣ. Въ верхней и нижней периферіи глазного дна масса отдѣльныхъ, совершенно черныхъ пигментныхъ бляшекъ, изъ нихъ нѣкоторыя напоминаютъ „костныя тѣльца“. Кое-гдѣ встрѣчаются бѣлыя пятна, отчасти неправильной формы, отчасти въ видѣ отдѣльныхъ точекъ, повидимому, лежащихъ въ сосудистой оболочкѣ. Os. s. : ничего положительнаго сказать нельзя.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія на обоихъ глазахъ концентрически сужено; на правомъ глазу особенно сверху и снизу, а на лѣвомъ снаружи и снутри. $\text{Visus os. d.} < 0,3$, $\text{os. s.} < 0,2$; стекла не улучшаютъ.

№ 29 (219). Растасъ Лева, 69 л. Лепрозорія-Ненналь № 206. *Lepra tuberosa*. Продолжительности болѣзни опредѣлить нельзя. Съ годъ пациентка видитъ очень плохо, нѣсколько лѣтъ страдаетъ „куриной слѣпотой.“ На субъективныя данныя пациентки полагаться нельзя. Вѣки диффузно инфильтрованы, особенно края верхнихъ. *Entropium palr. sup. os. utr.* Рѣсницы малочисленны и атрофированы. На *conj. palr.* рубцовая трахома. *Iris os. utr.* безъ измѣненій, зрачекъ круглый, хорошо реагируетъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. utr.* Масса точечныхъ подвижныхъ помутнѣній стекловиднаго тѣла. Вслѣдствіе неспокойнаго держанія глазъ и сильныхъ помутнѣній стекловиднаго тѣла офтальмоскопическое изслѣдованіе является довольно труднымъ и только въ обратномъ видѣ возможнымъ. *Staphyloma posticum temporale* величиною съ сосокъ. Все дно глаза имѣетъ какой-то сѣроватый оттѣнокъ. Сосуды сѣтчатки сужены. Со стороны соска ничего положительнаго сказать нельзя. По всей периферіи глазного дна, особенно въ его нижней половинѣ, разбросаны черныя пигментныя бляшки, мѣстами напоминающія „костныя тѣльца.“

Цвѣтоощущеніе, повидимому, совершенно отсутствуетъ. Поля зрѣнія по причинѣ безтолковости пациентки изслѣдовать не удается. *Visus os. utr.* = пальцы на 4 метра; стекла не улучшаютъ.

C. Retinitis.

(Случай № № 30 – 44 и 3.)

Тогда какъ предыдущія болѣзни локализовались въ самыхъ периферическихъ частяхъ глазного дна, относящіяся къ этой группѣ заболѣванія занимаютъ преимущественно задній полюсъ глазного яблока и напоминаютъ картину ретинита съ своеобразными особенностями. На первый взглядъ получается впечатлѣніе, что почти всѣ относящіеся сюда случаи представляютъ одну общую однообразную картину, но все же встрѣчаются уклоненія отъ обычнаго типа, хотя, какъ увидимъ сейчасъ, не настолько существенно отличныя, чтобы слѣдовало ихъ обособлять въ самостоятельныя группы.

Болезнь состоитъ въ появленіи мелкихъ, круглыхъ или слегка овальныхъ бляшекъ желтовато-бѣлаго цвѣта съ розоватымъ оттѣнкомъ. Величина ихъ въ прямомъ видѣ обыкновенно равняется булавочной головкѣ или коноплянному зерну, рѣдко немного больше. Но какихъ бы размѣровъ эти бляшки не были, онѣ всегда остаются круглыми или слегка овальными; сліянія въ неправильной формы очаги никогда не замѣчается. Появляются бляшки цѣлыми массами вокругъ соска, распространяясь иногда до самой периферіи, не щадя тогда и желтого пятна. Но обыкновенно онѣ наблюдаются на сосѣднихъ соску областяхъ и захватываютъ здѣсь пространство въ нѣсколько его поперечниковъ, отдавая предпочтеніе внутренней половинѣ глазного дна. Нерѣдко она одна бываетъ поражена, а въ наружной бляшки или совсѣмъ отсутствуютъ или ихъ весьма мало. Въ вѣкоторыхъ случаяхъ, повидимому, существуетъ какое-то отношеніе къ сосудамъ, весьма можетъ быть, только кажущееся: онѣ встрѣчаются возлѣ нихъ въ большемъ числѣ, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ, и сопровождаютъ ихъ на нѣкоторомъ протяженіи; нерѣдко бляшки лежатъ подъ сосудами, а въ одномъ случаѣ послѣднія даже въ соответствующемъ мѣстѣ повидимому изгибались. Большею частью онѣ диффузно ограничены и хорошо видны въ прямомъ изображеніи, въ обратномъ обыкновенно ихъ отдѣльно не удастся различать, и мѣсто, усѣянное ими, кажется какимъ-то пестрымъ, мраморноподобнымъ. Никогда мнѣ при этомъ типѣ болѣзни не приходилось констатировать ненормальнаго развитія пигмента. Остальныя ткани глаза при немъ не поражаются, какъ мы это видѣли въ предыдущей группѣ, а субъективно какихъ-либо непріятныхъ ощущеній онъ также не причиняетъ, конечно, не говоря о томъ случаѣ, когда бываетъ захвачена macula.

При изслѣдованіи цвѣтоощущенія я обратилъ вниманіе, что ни одинъ изъ больныхъ не могъ съ увѣренностью различать зеленый и синій цвѣта. У одной болѣе тяжелой больной съ пораженіемъ желтого пятна (№ 32) эта частичная цвѣтовая слѣпота распространилась и на желтый цвѣтъ. Сперва я это

явленіе былъ склоне́нь приписать неинтеллигентности паціентовъ, но вскорѣ́ привужденъ былъ отказаться отъ моего предположенія, такъ какъ у тѣхъ больныхъ, у которыхъ заболѣваніе было только одностороннимъ, на здоровомъ глазу цвѣтоощущеніе было совершенно нормальнымъ. Далѣе заслуживаетъ вниманія случай № 33, у котораго, при первомъ изслѣдованіи цвѣтоощущеніе и дно глаза ничего патологическаго не представляли: три мѣсяца спустя и уже могъ констатировать офталмоскопическія измѣненія и слѣпоту на зеленый цвѣтъ, который паціентъ призывалъ лиловымъ. Это разстройство въ сферѣ цвѣтоощущенія говоритъ за то, что блишки, расположенныя подъ сосудами сѣтчатки, должны имѣть, новидимому, нѣкоторое отношеніе къ цвѣтоспринимающему аппарату, т. е. къ наружнымъ слоямъ сѣтчатой оболочки, и вѣроятно́ всего тамъ и лежатъ, но я нисколько этимъ не хочу утверждать, что сосудистая также не можетъ быть тѣмъ или инымъ путемъ ими затронута. Какого же рода этотъ процессъ, сказать трудно. Очень можетъ быть, что блишки по существу ничто иное, какъ маленькія лепромы, подобно тому, какъ это признается за точечными помутнѣніями при поверхностномъ лепрозномъ кератитѣ. Такъ смотрятъ, напр., Jeanselme и Морахъ на констатированныя ими впервые миллиарныя лепромы радужной оболочки, которыя до сихъ поръ анатомически еще не изслѣдованы. Что въ данномъ случаѣ мы, по всей вѣроятности, имѣемъ дѣло съ подобнаго рода гиперпластическимъ процессомъ, говоритъ постоянство формы блишекъ и ихъ величина. При изслѣдованіи офталмоскопомъ она кажется большей, чѣмъ мы ее привыкли видѣть на роговой и радужной оболочкахъ, истинныя же размѣры не должны превосходить песчинки. Далѣе, подтвержденіемъ моего предположенія можетъ служить и то обстоятельство, что почти во всѣхъ случаяхъ одновременно существовалъ точечный лепрозный кератитъ, а разъ даже упомянутыя миллиарныя лепромы на радужкѣ. — Сюда относятся случаи №№ 30—33 и 3. Всѣ эти случаи наблюдались исключительно при бугристой формѣ проказы, какъ у мужчинъ, такъ и у женщинъ.

Въ другихъ случаяхъ (№№ 34—41 и 43) главную роль также играютъ бляшки, также расположенныя подъ сосудами и локализирующіяся вокругъ соска; онѣ тоже характеризуются отсутствіемъ пигмента. Но съ другой стороны, эти бляшки не отличаются тѣмъ правильнымъ и постояннымъ видомъ, какъ это бываетъ при предыдущей формѣ. Хотя мы кое-гдѣ наблюдаемъ отдѣльныя круглыя или овальныя пятнышки, но обыкновенно возлѣ нихъ мы почти всегда замѣчаемъ и очаги совершенно неправильной формы, чего мнѣ въ приведенныхъ выше случаяхъ не приходилось видѣть. Далѣе, тамъ бляшки всегда появляются цѣлыми массами, тогда какъ здѣсь онѣ располагаются въ видѣ отдѣльно стоящихъ пятнышекъ. Раньше описанныя бляшки всегда отличались типическимъ розовато-желтымъ оттѣнкомъ, напоминающимъ скорѣе цвѣтъ миллиарныхъ опухолей или свѣжихъ экссудатовъ оболочекъ глазного дна, эти же обыкновенно лишены этой окраски и представляются бѣлыми или слегка грязноватыми, на подобіе атрофическихъ очаговъ. Первые наблюдаются только при бугристой проказѣ и сопровождаются разстройствомъ цвѣтоощущенія, послѣднія же могутъ встрѣчаться при обѣихъ формахъ ея и аномалій со сферы цвѣтоощущенія не вызываютъ.

Наконецъ, въ эту же группу можно отнести случаи №№ 42 и 44, встрѣтившіеся мнѣ при бугристой проказѣ, сюда-же относится и случай № 30-ый. Здѣсь бугорки, о которыхъ рѣчь будетъ ниже, осложняли обычную и уже описанную раньше картину ретинальных бляшекъ. Два раза заболѣваніе это наблюдалось на обоихъ глазахъ; два раза у женщинъ и одинъ разъ у мужчины. Болѣзнь состоитъ въ появленіи массы совершенно мелкихъ сѣроватыхъ бугорковъ, видныхъ только въ прямомъ изображеніи и то съ большимъ трудомъ. Лежатъ они на соскѣ и въ сѣтчаткѣ, занимая пространство въ 3—4 поперечника перваго; особенно много встрѣчается ихъ въ сѣтчаткѣ, гдѣ они располагаются надъ сосудами. Тѣ изъ бугорковъ, которые лежали надъ венами соска при пульсаціи послѣднихъ мѣняли свой блескъ, становясь ярче при расширеніи венъ, отчего получа-

лась иногда довольно эффектная картина (№ 30). Означенныя образованія на самомъ дѣлѣ должны быть совершенно малыхъ размѣровъ и едва-ли видны невооруженнымъ глазомъ. Возможно, что они ничто другое, какъ милліарныя лепромы сѣтчатки (ся внутреннихъ слоевъ), тѣмъ болѣе, что они были наблюдаемы только при бугристой формѣ и всегда осложнялись точечнымъ специфическимъ кератитомъ.

№ 30 (156). Блондъ Янъ, 35 л. Лепрозорія — Тарвасть № 156. *Lepra tuberosa*. Болень 6 лѣтъ. На глаза не жалуется. Вѣки диффузно инфильтрованы, особенно края верхнихъ. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. *Conj. palp* слегка гиперемирована. Въ верхней четверти лѣвой роговицы нѣсколько поверхностныхъ точечныхъ помутнѣній.

Офтальмоскоп. изслѣд. Ос. d. Изслѣдованіе въ прямомъ видѣ: Сосуды сѣтчатки и сосокъ гиперемированы; на носовой половинѣ послѣднѣго свѣтлосѣровая пленка, отчасти переходящая черезъ границу соска. Масса бѣлыхъ точекъ съ желтовато-сѣрымъ оттѣнкомъ, диффузно ограниченныхъ, лежащихъ въ обоихъ внутреннихъ квадрантахъ, преимущественно въ верхнемъ; въ височной половинѣ ближее не много. Точки могутъ быть прослѣжены до самой периферіи глазного дна, гдѣ величина ихъ, повидимому, становится больше. Размѣры ихъ колеблются отъ булавочной головки до коноплянаго зерна, а въ рѣдкихъ случаяхъ еще больше. Сосуды сѣтчатки проходятъ надъ бляшками, а въ двухъ мѣстахъ получается впечатлѣніе, что сосудъ, какъ будто надъ ними слегка изгибается. Помимо этихъ бляшекъ непосредственно надъ и подъ соскомъ, на прострѣствѣ двухъ поперечниковъ послѣднѣго, встрѣчается масса совершенно мелкихъ величиною съ песчинку сѣроватыхъ точекъ. Онѣ лежатъ въ внутреннихъ слояхъ сѣтчатки, и тѣ изъ нихъ, которыя находятся надъ веной, при пульсаціи послѣдней мѣняютъ свою яркость, становясь, то болѣе, то менѣе свѣтлыми. Ос. s. Такая-же пленка на носовой половинѣ соска, немного переходящая его границы. Тѣ-же точечныя измѣненія въ внутреннихъ слояхъ сѣтчатки у соска. Желтовато-розовыхъ бляшекъ констатировать не удастся.

Цвѣтоощущеніе ос. d: зеленый и синій цвѣта смѣшиваются. Поле зрѣнія не сужено. *Visus os. utr.* = 0,7; стекла не улучшаютъ.

№ 31 (34). Шпальте Марія, 56 л. Лепрозорія — Венденъ № 124. *Lepra tuberosa*. Болеа 3 года по крайней мѣрѣ. Зудъ въ глазахъ; иногда передъ глазами является туманъ. *Conjunctivitis catarrh. chr. os. utr.* Въ верхней трети роговицы поверхностный кератитъ съ отдѣльными точками.

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. utr.* Такия-же свѣтло-розовыя бляшки какъ въ предыдущемъ случаѣ, въ прямомъ видѣ величиною съ конопляное зерно. Во внутренней половинѣ ихъ больше, чѣмъ въ наружной; лежатъ онѣ преимущественно возлѣ сосудовъ, а нѣкоторыя подъ ними. Слѣва измѣненій больше, чѣмъ справа; въ общемъ они гораздо слабѣе выражены, чѣмъ въ предыдущемъ случаѣ.

Цвѣтоощущеніе: весьма часто зеленый цвѣтъ смѣшивается съ другими, особенно съ синимъ. *Visus os. utr. = 0,1* (скіаскопич.: миопическій астигматизмъ около 2,0 D.).

№ 32 (42). Лійцъ Анна, 57 л. Лепрозорія — Венденъ № 18. *Lepra tuberosa*. Болеа 13 лѣтъ. На правомъ верхнемъ вѣкѣ въ наружной половинѣ лепрома въ состояніи размягченія; на свободномъ краю лѣваго верхняго узелъ съ вишневою косточку. Рѣсеницы отсутствуютъ. *Os. utr.* Лепрома *congeosclerale*, справа занимающая почти всю наружную половину, слѣва наружный верхній квадрантъ роговицы. Роговицы возлѣ опухоли на нѣкоторомъ протяженіи помутнены. Радужныя оболочки безъ измѣненій, зрачки хорошо реагируютъ. *Cataracta incipiens os. d.*

Офтальмоскоп. изслѣд.: *os. s.* Вокругъ соска на протяженіи 5 поперечниковъ его масса розовато-бѣлыхъ диффузно ограниченныхъ бляшекъ, особенно много ихъ въ области желтаго пятна и въ внутреннемъ верхнемъ квадрантѣ. Лежатъ онѣ преимущественно возлѣ сосудовъ, а нѣкоторыя подъ ними, величина ихъ въ прямомъ видѣ равняется приблизительно коноплянному зерну. Легкая гиперемія соска. *Os. d.* Измѣненій не наблюдается.

Цвѣтоощущеніе: *os. s.* зеленый цвѣтъ смѣшивается съ синимъ, желтый съ бѣлымъ; *os. d.* цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія *os. s.* сужено. *Visus os. d. M 8,0 D = 0,2; os. s. H 1,0 V = 0,2.*

№ 33 (238). Томсонъ Янъ, 49 л. Лепрозорія — Мули. *Lepra tuberosa*. Болеа 10 лѣтъ. На глаза не жалуются.

23/IX 901. Въ верхней трети роговицы поверхностный лепрозный кератитъ съ отдѣльными точечками. Другихъ измѣ-

нений нѣтъ. Дно глаза нормально. Цвѣтоощущеніе нормальное. Visus oc. d. = 0,7; oc. s. = 0,8, стекла не улучшаютъ.

23/XII 901. При наружномъ осмотрѣ новыхъ измѣненій нѣтъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Темная пигментная точка съ булавоочную головку въ периферіи верхняго наружнаго квадранта, которая была констатирована уже при первомъ изслѣдованіи. Ос. utr. Много бѣлыхъ съ желтовато-розовымъ оттѣнкомъ бляшекъ величиною съ булавоочную головку и меньше, доступныхъ изслѣдованію только въ прямомъ видѣ. Лежатъ онѣ подъ сосудами вблизи соска и слѣва сильнѣе выражены, здѣсь онѣ преимущественно занимаютъ верхній внутренній квадрантъ, справа же внутренній нижній. Края ихъ диффузно ограничены.

Цвѣтоощущеніе: зеленый цвѣтъ называется лиловымъ. Visus oc. d. < 0,7, oc. s. < 0,8.

20/V 902. Status idem. Бляшки, повидимому, стали немного большихъ размѣровъ.

10/I 903. Status idem. Ос. s. Ретинальный сосудъ, проходя надъ бляшкой, въ двухъ мѣстахъ изгибается. Зеленаго цвѣта не узнаетъ по прежнему, считаетъ его то желтымъ, то розовымъ.

№ 34 (41). Зельтинъ Анна, 63 л. Лепрозорія — Вендель № 29. *Lepra tuberosa*. Больна 15 лѣтъ. Рѣсницы на нижнихъ вѣкахъ отсутствуютъ, на верхнихъ малочисленны и атрофированы. На conj. palp. рубцовая трахома. Наружную половину роговицы серповидно охватываетъ желтоватая кайма, справа слегка возвышенная. Поверхностный кератитъ, справа занимающій верхнюю половину роговицы, слѣва почти всю ее. Ос. s. Снизу и внутри задняя синехія; экссудатная пленка отчасти прикрываетъ зрачекъ; воспалительныя явленія отсутствуютъ. *Cataracta senilis incipiens* oc. utr.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ у самого соска три рядомъ лежащихъ диффузно ограниченныхъ розовато-бѣлыхъ бляшки, въ прямомъ видѣ величиною съ конопляное зерно. Ос. s. изслѣдовать не удастся.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Visus oc. d. = 0,3, oc. s. = 0,2; стекла не улучшаютъ.

№ 35. (101). Штраухъ Эдде, 54 л. Лепрозорія — Рига № 266. *Lepra tuberosa*. Больна 7 лѣтъ. На глаза не жалуютъ.

ется. Верхнія вѣки диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Диффузный поверхностный кератитъ съ отдѣльными точками, справа въ верхней трети, слѣва въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: Масса отдѣльныхъ бѣлыхъ точечныхъ не строго ограниченныхъ пятенъ, лежащихъ подъ сосудами сѣтчатки; мѣстами они сливаются въ болѣе обширныя неправильной формы очаги. Измѣненія лежатъ около соска, справа въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ, слѣва же они преимущественно занимаютъ внутренній нижній квадрантъ, въ другихъ областяхъ они попадаются рѣже.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія нормальны. Visus oc. utr. < 0,9.

№ 36 (84). Сиваратъ Вилгельмина, 79 л. Лепрозорія — Рига № 244. *Lepra tuberosa*. Больна 5 лѣтъ. На глаза не жалуются. Conj. palp. и bulbi oc. utr. слегка инъецированы. Въ верхней половинѣ роговицы поверхностный кератитъ, слѣва сильнѣе выраженный. Чувствительность на conj. palp., bulbi и на роговицѣ понижена.

Офтальмоскоп. изслѣд.: oc. utr. Подвижныя помутнѣнія стекловиднаго тѣла, справа ихъ весьма много и въ видѣ отдѣльныхъ большихъ хлопьевъ. Изслѣдованіе на обоихъ глазахъ по причинѣ помутнѣній средъ возможно только въ обратномъ видѣ. Слева въ верхней половинѣ вблизи соска нѣсколько бѣловатыхъ отдѣльно стоящихъ точекъ, въ одномъ мѣстѣ сливающихся какъ бы въ одно неправильной формы бѣлое пятно; одна такая точка замѣчается и въ области желтаго пятна. *Staphyloma posticum annulare* незначительной степени. Гиперемія соска.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Visus oc. d. = 0,5, oc. s. = 0,3; стекла не улучшаютъ.

№ 37 (163). Мандель Аннъ, 71 г. Лепрозорія-Тарвасть № 38. *Lepra tuberosa*. Больна 10 лѣтъ. Верхнія вѣки, особенно края диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Въ верхней четверти правой роговицы поверхностное диффузное помутнѣніе съ отдѣльными точками; въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ лѣвой роговицы *macula. Cataracta senilis incipiens* oc. s.

Офтальмоскоп. изслѣд.: oc. utr. Стекловидное тѣло диффузно помутнено, кое-гдѣ разлѣчаются отдѣльныя подвижныя помутнѣнія. Сосокъ довольно сильно экскавированъ (глау-

коматозно?), сосуды выходят почти у носового края его. Въ внутренней половинѣ глазного дна, особенно въ внутреннемъ верхнемъ квадрантѣ масса отдѣльных диффузно ограниченныхъ бѣлыхъ съ желтовато-сѣрымъ оттѣнкомъ пятенъ овальной формы, въ прямомъ видѣ величиною съ конопляное зерно, мѣстами они, соединяясь, образуютъ бляшки неправильной формы. Ос. d. *Staphyloma posticum temp.* незначительной степени.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ замѣтныхъ измѣненій. Тензіи, повидимому, не измѣнена. Ос. d. М 1,5 $V < 0,7$; ос. s. М 2,5 $V < 0,7$.

№ 38 (230). Ломпъ Аннъ, 79 л. Лепрозорія-Непналь № 226. *Lepa maculo-anaesthetica*. Продолжительности болѣзни опредѣлить не удастся. На субъективныхъ данныхъ полагаться нельзя (пациентка глуха, неинтеллигентна). *Cataracta senilis incipiens* ос. utr.

Офтальмоскоп. изслѣд. По причинѣ катаракты дво видно неясно. Изслѣдованіе въ обратномъ видѣ: вблизи соска праваго глаза въ внутреннемъ верхнемъ квадрантѣ нѣсколько бѣловатыхъ точекъ съ булавоочную головку и меньше; болѣе подробно ихъ осмотрѣть не удастся. На днѣ лѣваго глаза измѣненій констатировать нельзя.

Цвѣтоощущеніе нормальное. *Visus* ос. utr. = 0,1; стекла не улучшаютъ.

№ 39 (138). Персъ Язъ, 67 л. Лепрозорія-Тарвастъ № 43. *Lepa maculo-anaesthetica*. Боленъ 7 (?) лѣтъ. На глаза не жалуются. На conj. palp. рубцовая трахома. *Pannus vetus* въ верхней трети лѣвой роговицы, въ центрѣ ея двѣ значительныя *maculae*.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. utr. Въ внутреннемъ нижнемъ квадрантѣ возлѣ соска на протяженіи четырехъ поперечниковъ послѣдняго масса розовато-бѣлыхъ не строго ограниченныхъ пятенъ, въ прямомъ видѣ величиною съ булавоочную головку; во многихъ мѣстахъ они, соединяясь другъ съ другомъ, образуютъ неправильной формы бляшки. Справа отдѣльныя точки попадаются и въ внутреннемъ верхнемъ квадрантѣ. Сосуды сѣтчатки вездѣ проходятъ надъ ними безъ измѣненій.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ измѣненій. Ос. d. Н 2 D. $V < 0,9$; ос. s. Н 1,25 $V < 0,8$.

№ 40 (66). Свикъ Андрей, 60 л. Лепрозорія-Рига. *Lepa peruvium*. Боленъ 18 лѣтъ. Глаза больны больше, чѣмъ 10 лѣтъ; сильная свѣтобоязнь. Ос. utr. *Lagophthalmus paraly-*

ticus и ectropium paralyticum palp. inf. средней степени. Conj. palp. и bulbi гиперемированы, особенно въ нижней половинѣ. Нѣкоторое сморщиваніе конъюнктивальнаго мѣшка. Чувствительность на кожѣ вѣкъ и на роговицахъ понижена, на conj. palp. и bulbi отсутствуетъ.

Офтальмоскоп. изслѣд. Сильная свѣтобоязнь до нѣкоторой степени препятствуетъ точному изслѣдованію. Ос. d. Изслѣдованіе въ прямомъ видѣ: Сосокъ слегка гиперемированъ, вокругъ него на пространствѣ въ четыре поперечника соска, особенно сверху и снизу замѣчается масса бѣлыхъ пятнышекъ величиною съ булавочную головку и больше: мѣстами они сливаются, сохраняя свою круглую или овальную форму. Сосуды проходятъ надъ ними безъ измѣненій. Ос. s. Такія же бляшки и на томъ же протяженіи, но въ общемъ измѣненія здѣсь слабѣе выражены.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія ос. utr. сужено, особенно сильно съ височной стороны, съ верхней и нижней меньше, съ носовой суженія нѣтъ. Visus os. d. = 1,0; ос. s. M 0,5 D V = 0,9.

№ 41 (95). Крузе Анна, 71 г. Лепрозорія-Рига № 81. Lepra nervorum. Продолжительности проказы опредѣлить не удастся (пациентка утверждаетъ, что у нея проказы нѣтъ). При наружномъ осмотрѣ измѣненій глазъ нѣтъ.

Офтальмоскоп. изслѣд. Ос. utr. Изслѣдованіе въ прямомъ видѣ: Отдѣльныя бѣлыя точки, во многихъ мѣстахъ сливающіяся въ неправильные островки такого же цвѣта. Особенно сильно выражены измѣненія на днѣ лѣваго глаза, гдѣ они равномерно распространены вокругъ соска на протяженіи трехъ поперечниковъ послѣдняго. Справа ихъ гораздо меньше, и въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ они почти совершенно отсутствуютъ. Лежатъ эти измѣненія подъ сосудами сѣтчатки.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поля зрѣнія по причинѣ неинтеллигентности пациентки опредѣлить не удастся. Ос. d. H 3 D V = 0,7; ос. s. H 3 D V = 0,9.

№ 42 (246). Томсонъ Марія, 30 л. Лепрозорія-Мули. Lepra tuberosa. Больна 4 года. Верхняя треть роговицы диффузно помутнена, въ помутнѣніи различаются отдѣльныя точки.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Въ нижней половинѣ дна глаза, особенно въ внутреннемъ квадрантѣ, возлѣ соска и на протяженіи четырехъ поперечниковъ послѣдняго, масса отдѣльных сѣровато-бѣлыхъ точекъ величиною съ песчинку, лежащихъ въ сѣтчатѣ надъ сосудами, какъ въ случаѣ № 30. Ос. s.; точекъ весьма мало и на томъ же мѣстѣ.

Цвѣтоощущеніе и поле зрѣнія безъ измѣненій. Visus os. utr. = 1,0.

D. Измѣненія ретинальных сосудовъ.

(Случаи №№ 43—48.)

Познакомившись такимъ образомъ съ болѣзнями сосудистой и сѣтчатой оболочекъ перейдемъ къ другому не менѣе важному отдѣлу, къ изученію измѣненій ретинальных сосудовъ.

Пораженіе сосудовъ при проказѣ — фактъ самъ по себѣ давно извѣстный. Такъ Danielssen и Воеск, а затѣмъ и другіе нерѣдко это могли констатировать путемъ прямого ощупыванія подкожныхъ венъ, которыя, проходя черезъ лепрозно измѣненную ткань, иногда принимаютъ характеръ настоящихъ четкообразно утолщенныхъ тяжей. Патолого-анатомически вены изъ пораженныхъ участковъ впервые были изучены Boettcher'омъ¹⁾ и Degio, а впоследствии Joelsohn²⁾ подъ руководствомъ послѣдняго изслѣдовалъ и артеріи такихъ же участковъ. Изъ этихъ работъ ясно видно, что при проказѣ заболѣваютъ всѣ три оболочки сосудовъ, а въ тяжелыхъ случаяхъ эндартеріитъ ли эндофлебитъ, какъ и при сифилисѣ, могутъ повести къ совершенной закупоркѣ сосуда. Новѣйшія работы Glück'a³⁾ и Uhlenhuth'a и Westphal'a

1) Protocolle der Dorpater medicin. Gesellschaft 29. IX. 1875.

2) Ueber die Erkrankung des Gefässsystems bei der Lepra. Diss. Dorpat 1893.

3) Lepraconferenz 1897.

еще болѣе уяснили этотъ вопросъ, доказавши, что *intima* сосудовъ подобнымъ образомъ можетъ заболѣвать даже первично, путемъ метастазовъ, при отсутствіи всякихъ патологическихъ явленій со стороны остальныхъ оболочекъ и окружающихъ ихъ тканей.

При сравнительно не рѣдко встрѣчающихся заболѣваніяхъ кровеносныхъ сосудовъ при проказѣ уже *a priori* можно ожидать встрѣтить измѣненія сосудовъ и въ сѣтчаткѣ. Къ тому же болѣе крупные изъ нихъ лежатъ въ самыхъ внутреннихъ слояхъ ея, расположены въ одномъ слое, окружены прозрачною тканью и доступны изслѣдованію при сравнительно сильномъ увеличеніи (при изслѣдованіи въ прямомъ видѣ). Это все условія чрезвычайно благопріятны для непосредственнаго наблюденія.

Среди своихъ больныхъ я нашелъ измѣненія сосудовъ въ шести случаяхъ (№ № 43—48).

Очень типиченъ случай № 44-ый съ двусторонними измѣненіями ретинальных сосудовъ въ общемъ одинаковаго характера. Слева въ верхнемъ наружномъ квадрантѣ ретины и самого соска расположены очень многочисленныя кровоизліянія на протяженіи около трехъ діаметровъ *par. n. opt.* Она очень тонки, имѣютъ видъ линий съ лучистымъ расположеніемъ по отношенію къ соску. Видъ и направленіе говорятъ за положеніе ихъ въ самомъ внутреннемъ слое сѣтчатки. Четыре болѣе крупныхъ округлой формы кровоизліяній лежатъ снаружки отъ соска недалеко отъ области желтаго пятна. Въ нижнемъ наружномъ квадрантѣ видны вблизи соска три небольшихъ темныхъ пятна, это вѣроятно остатки бывшихъ здѣсь кровоизліяній. *Art. nas. sup.* является прерывистой, т. е. ея кровяной столбъ какъ бы распался на отдѣльныя краснаго цвѣта части, а промежуточные отдѣлы ствола артеріи не видны, здѣсь она вполне облитерирована (?). Вся часть сѣтчатки въ области распространенія этой артеріи слегка мутновата съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Кверху отъ соска между двумя расходящимися изъ общаго ствола артеріями сѣтчатка является

совершенно мутной, бѣлаго цвѣта и имѣетъ видъ треугольника, вершина котораго обращена внизъ къ мѣсту расхожденія артерій. Миѣ думается, что въ данномъ случаѣ имѣется эндартеріитъ съ послѣдовательными измѣненіями сѣтчатой оболочки (диффузная мутность сходная съ измѣненіями сѣтчатки, напр., при эмболии). Этому же процессу обязаны своимъ происхожденіемъ и кровоизліянія. Отсутствіе здѣсь видимыхъ измѣненій сосудовъ не исключаетъ этого патологическаго процесса.

Такой же эндартеріитъ можно было наблюдать и на днѣ праваго глаза. Двѣ артеріи во внутренней половинѣ сѣтчатки являются сильно суженными, только въ одномъ мѣстѣ и на короткомъ протяженіи просвѣтъ ихъ достигаетъ нормальной ширины. Art. tem. sup. на соскѣ сильно сужена, а на дальнѣйшемъ протяженіи въ силу ограниченаго эндартеріита является прерывистой, какъ и на лѣвомъ глазу. Въ периферіи, въ области ея распространенія, видны два довольно крупныхъ кровоизліянія.

Сходныя измѣненія встрѣчаются у больной № 45 на лѣвомъ глазу. Здѣсь мы видимъ въ нижнемъ наружномъ квадрантѣ сѣтчатки одну изъ вѣтвей art. temp. inf. сильно суженной и превращенной въ бѣлый тяжъ, въ одномъ мѣстѣ котораго на сравнительно короткомъ протяженіи виденъ не суженный и наполненный кровью просвѣтъ сосуда. Соответствующая вена сужена. Въ области этихъ измѣненныхъ сосудовъ сѣтчатка мутна, желтовато-бѣлаго цвѣта, захваченный участокъ имѣетъ видъ большого продолговатаго пятна.

У больного № 47 мы видимъ въ сѣтчаткѣ на нѣкоторомъ разстояніи отъ соска диффузную мутность въ видѣ треугольника, вершиной обращеннаго къ соску. Въ этой области сосуды не сужены, но являются ясно прерывистыми, какъ въ предыдущихъ случаяхъ.

Въ случаѣ № 43 бросается въ глаза обильное развитіе кровеносныхъ сосудовъ въ стекловидномъ тѣлѣ, берущихъ начало изъ артерій, выходящей изъ новообразованной бляшки на соскѣ. Такую картину я видѣлъ у проказенныхъ одинъ

только разъ и не могу сказать, стоитъ ли она въ связи съ проказою. Но это нужно сказать относительно вены въ ниже-внутреннемъ квадрантѣ сѣтчатки. Въ общемъ расширенная вена въ самой крайней периферіи являлась четкообразной, т. е. суженія ея чередовались съ расширениями просвѣта. Периферическій конецъ вены исчезалъ въ довольно крупномъ кровоизліяніи, вблизи котораго находились два другихъ красныхъ пятна.

У больного № 46. не было видно измѣненій, видимыхъ глазомъ, но имѣлось треугольное помутнѣніе сѣтчатки совершенно такого-же характера, какъ мы видѣли у больныхъ № № 44 (oc. sin.), 45 (oc. sin.) и 47.

Въ случаѣ № 48. найдены нѣсколько черныхъ пятенъ, расположенныхъ гуськомъ другъ за другомъ и радіально къ соску. Вѣроятно, это остатки бывшихъ здѣсь кровоизліяній, можетъ быть, въ зависимости отъ измѣненія ближайшихъ сосудовъ. Во время изслѣдованія въ нихъ ничего ненормальнаго не было найдено.

Описанныя измѣненія артерій выражаются при офтальмоскопическомъ изслѣдованіи въ видѣ суженія ихъ, превращенія ствола въ тонкій блѣлаго цвѣта тяжъ и наконецъ въ видѣ прерывистости кровяного столба. Въ послѣднемъ случаѣ артерія распадается какъ-бы на отдѣльные красные столбики. Промежуточныхъ частей между ними мнѣ не удалось непосредственно наблюдать, потому что изслѣдованіе этого больного въ прямомъ видѣ было не только непріятно вслѣдствіе его смраднаго дыханія, но можетъ быть и не безопасно для изслѣдователя. Измѣненія венъ я встрѣтилъ одинъ только разъ, и они выражались иначе: на расширенномъ стволѣ суженныя мѣста чередовались съ расширенными.

По всей вѣроятности, этимъ всѣмъ измѣненіямъ соответствуетъ патолого-анатомически картина эндартерита и эндофлебита, хотя, конечно, по офтальмоскопической картинѣ трудно судить о гистологическихъ процессахъ. Такъ назы-

ваемаго периваскулята я не встрѣчалъ. Вслѣдствіе указанныхъ процессовъ наступаетъ разстройство питанія сѣтчатки, что проявляется ея диффузнымъ помутнѣніемъ бѣлаго цвѣта, имѣющимъ чаще всего форму треугольника, вершиною обращеннаго къ соску. Помутнѣніе это встрѣтилось мнѣ въ четырехъ случаяхъ изъ пяти (я не считаю сомнительнаго 48-го случая). Вѣроятно, оно по своему происхожденію аналогично помутнѣнію при эмболическихъ процессахъ.

Кровоизліянія наблюдаются рѣже, я ихъ видѣлъ только въ двухъ случаяхъ изъ пяти. Они въ общемъ не особенно велики, большею частью круглой формы, разъ они отличались особенно обильнымъ количествомъ и линейной формой.

Сосудистыя измѣненія въ сѣтчаткѣ я встрѣтилъ всего пять разъ, что на 48 больныхъ съ офталмоскопическими данными составляетъ около 10,5% всего числа измѣненій глазного дна. Мнѣ думается, что они на самомъ дѣлѣ должны встрѣчаться еще чаще, такъ какъ сосуды въ периферіи не могутъ быть изслѣдованы съ той точностью, какъ у соска.

№ 43 (83). Биргеръ Ева, 50 л. Ленрозорія — Рига № 79. *Lepra tuberosa*. Вольна 8 лѣтъ. Семь лѣтъ тому назадъ націенткѣ разъ въ теченіе нѣкотораго времени было темно передъ глазами, болями не страдала. Двѣ недѣли тому назадъ націенткѣ было дурно и съ тѣхъ поръ она чувствуетъ что-то неладное въ правомъ глазу. Теперь вполне здорова. — Iris os. utr. сѣровато-синяго цвѣта, на ней масса темнобураго пигмента. Другихъ измѣненій при наружномъ осмотрѣ нѣтъ.

Офталмоскоп. изслѣд.: о. с. d. Сосокъ слегка гиперемизированъ, границы его немного ступеваны, припухлости нѣтъ. Середину соска занимаетъ сѣровато-бѣлая бляшка съ полсоска, прикрывающая выходъ главныхъ сосудовъ. Изъ бляшки выходитъ сосудъ, направляющійся прямо въ стекловидное тѣло и распадающійся на двѣ вѣтви; одна изъ нихъ идетъ вверхъ, другая внизъ. Каждая, не отдавая вѣтвей, распадается на два сосуда, составляющихъ вмѣстѣ какъ бы одну прямую перпендикулярную къ нимъ. Отъ этихъ прямолинейныхъ конечныхъ сосудовъ, на всемъ ихъ протяженіи, приблизительно подъ прямымъ угломъ отходятъ по направленію впередъ много отдѣльныхъ мелкихъ вѣточекъ, такъ что въ общемъ получается вар-

тина, весьма напоминающая зубцы граблей. Сосуды идутъ весьма далеко въ стекловидное тѣло, но до хрусталика не доходятъ. Въ стекловидномъ тѣлѣ никакихъ помутнѣній констатировать не удастся. — На днѣ масса розовато-бѣлыхъ круглыхъ и овальныхъ бляшекъ, мѣстами соединяющихся въ островки неправильной формы. Эти измѣненія диффузно ограничены, лежатъ подѣ сосудами сѣтчатки и расположены вокругъ соска; особенно много ихъ книзу отъ него, гдѣ они могутъ быть прослѣжены до самой периферіи. — Совершенно въ периферіи наружнаго нижняго квадранта нѣсколько свѣжихъ темнокрасныхъ кровоизліній въ сѣтчатѣ. Одно изъ нихъ прилежитъ къ v. nas. inf., просвѣтъ которой въ периферической части ея не вездѣ кажется одинаковымъ. Вообще вены представляются довольно сильно инъецированными, относительно артерій этого сказать нельзя. Ос. s. Въ внутреннемъ нижнемъ квадрантѣ дна глаза возлѣ соска, на протяженіи трехъ поперечниковъ послѣднѣго, тѣ же круглыя и овальныя бѣлыя бляшки, какъ въ первомъ глазу.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поля зрѣнія изслѣдовать не удается. Visus os. utr. < 1,0.

№ 44 (40). Спривяцисъ Лена, 50 л. Ленрозорія-Венденъ № 11. *Lepa tuberosa*. Больна 20 лѣтъ. На глаза не жалуется. Верхнія вѣки диффузно инъфилътрированы. Рѣсеницы отсутствуютъ. Въ верхней трети роговицы внѣ области зрачка поверхностный точечный кератитъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Сосокъ гиперемированъ. Въ наружномъ верхнемъ его квадрантѣ геморрагіи. Соотвѣтственно этому квадранту находится кровоизлініе и въ сѣтчатѣ вблизи соска, гдѣ они занимаютъ пространство около трехъ его поперечниковъ. Они состоятъ изъ массы отдѣльныхъ незначительныхъ красныхъ нитриковъ, имѣющихъ направленіе радіальное къ соску. Кромѣ того, видны еще четыре круглыхъ геморрагіи величиной съ перечное зерно, лежащихъ въ горизонтальномъ направленіи между соскомъ и желтымъ пятномъ. Немного ниже ихъ въ наружномъ нижнемъ квадрантѣ сѣтчатки три темныхъ пятна такой же величины. Надъ соскомъ, приблизительно на разстояніи двухъ его поперечниковъ, сѣтчатка помутнена въ видѣ бѣлаго непрозрачнаго диффузнаго ограниченнаго треугольника, обращеннаго вершиною къ соску. Въ нѣкоторыхъ артеріяхъ замѣчается мѣстами значительное суженіе просвѣта, чередующееся иногда съ, понидимому, полнымъ заустѣніемъ его,

отчего здѣсь кровинкой столбъ являлся прерывистымъ. Весь внутренній верхній квадрантъ глазного дна, гдѣ между прочимъ встрѣчаются и упомянутые измѣненные сосуды, представляется слегка мутноватымъ съ сѣроватымъ оттѣнкомъ. Вены расширены, но со стороны ихъ измѣненій констатировать не удастся. На носовой сторонѣ соска нѣсколько сѣроватыхъ величиною съ песчинку точекъ. Ос. d. Сосокъ гиперемированъ. Двѣ артеріи въ носовой половинѣ глазного дна сильно сужены, только въ одномъ мѣстѣ на короткомъ протяженіи просвѣтъ ихъ кажется нормальной ширины. Art. temp. sup. сильно сужена на соскѣ, сейчасъ за нимъ она немного расширяется и исчезаетъ совсѣмъ, только на ея продолженіи въ периферіи видны два довольно толстыхъ красныхъ штриха. Вѣроятно, это видимые остатки облитерированной артеріи, исчезнувшей на другихъ мѣстахъ для непосредственнаго наблюденія. Недалеко отъ этихъ красныхъ линий, дальше къ периферіи, лежатъ двѣ круглыхъ геморрагій съ $\frac{1}{8}$ соска. Вены слегка расширены, другихъ измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ особыхъ измѣненій. Visus os. d. $< 0,6$; os. s. $< 0,8$. Стекла не улучшаютъ.

№ 45 (193). Эрикъ Петъ, 53 л. Лепрозорія-Тарвасть № 35. Лерга maculo-anacsthetica. На глаза не жалуется. При наружномъ осмотрѣ измѣненій нѣтъ. Болея 7 лѣтъ.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. На разстояніи четырехъ поперечниковъ соска отъ послѣдняго въ области art. tem. inf. помутнѣніе сѣтчатки желтовато-бѣлаго цвѣта, имѣющее форму горизонтальнаго диффузно ограниченаго овала и занимающее пространство, по крайней мѣрѣ, въ шесть поперечниковъ соска. Одна изъ прилежащихъ вѣтвей артеріи оказывается облитерированной, соответствующая вена сужена. Ос. d. Совершенно въ периферіи верхняго внутренняго квадранта встрѣчаются отдѣльно стоящія пигментныя точки, мѣстами пигментъ окружаетъ бѣлыя пятнышки.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ особыхъ измѣненій. Visus os. utr. H 1,5 D $< 1,0$.

№ 46 (9). Озолинъ Мартынъ, 48 л. Лепрозорія-Венденъ № 62. Болея 15 лѣтъ. Иногда, по его словамъ, появляется туманъ передъ глазами. На субъективныя данныя пациента полагаться нельзя. Края нѣтъ диффузно инфильтрованы. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Въ верхней части

роговицы поверхностное помутнение, справа отчасти заходящее въ область зрачка.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. На разстояніи 4—5 поперечниковъ соска, снаружи отъ него помутненіе сѣтчатки въ видѣ бѣловатаго треугольника съ диффузно ограниченными краями, обращеннаго вершиною къ соску. Сосуды повидимому вездѣ нормальнаго просвѣта и ничего повидимому патологическаго не представляютъ. Ос. d. Измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормально. Visus os. d. = 1,0, ос. s. = 0,5; стекла не улучшаютъ.

№ 47 (55). Сямсонъ Янъ, 58 л. Лепозорія — Рига № 261. *Lepa tuberosa*. Начало заболѣванія не поддается опредѣленію. На глаза не жалуются. Рѣсницы малочисленны и атрофированы. Въ наружномъ верхнемъ квадрантѣ роговицы поверхностное помутненіе съ отдѣльными точками, отчасти переходящее въ внутренній верхній и въ наружный нижній квадранты; слѣва измѣненія сильнѣе выражены.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Надъ соскомъ приблизительно на разстояніи двухъ поперечниковъ отъ него начинается помутненіе сѣтчатки, имѣющее видѣ бѣлаго треугольника, обращеннаго вершиной къ соску и прилежащаго однимъ ребромъ къ артеріи, другое ребро и основаніе диффузно ограничены. Помутненіе занимаетъ по крайней мѣрѣ пространство въ пять поперечниковъ соска. Сосуды, лежащіе въ области помутненія, можетъ быть, уже нормальной величины и во многихъ мѣстахъ видимо прерываются. Относительно другихъ сосудовъ ничего патологическаго нельзя замѣтить. Ос. s. Измѣненій нѣтъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ особыхъ измѣненій. Visus os. d. = 0,7, ос. s. = 1,0. Стекла не улучшаютъ.

№ 48 (32). Зарринъ Эдде, 34 л. Лепозорія — Венденъ № 88. *Lepa tuberosa*. Болея 13 лѣтъ. Два года тому назадъ страдала на лѣвомъ глазу болями и слѣзоточивостью въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ, теперь на глаза не жалуются. Верхнія вѣки диффузно инфальтрованы; рѣсницы на нихъ малочисленны и атрофированы, на нижнихъ опѣ отсутствуютъ. Keratitis superf. ос. utr., слѣва сильнѣе выраженный. Ос. s. iris нормальнаго цвѣта, зрачекъ хорошо реагируетъ, внизу одна задняя синехія.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. s. Въ периферіи внутренняго нижняго квадранта три кругловатыхъ черныхъ пятна,

лежащихъ другъ за другомъ радіально къ соску; самое близкое къ нему и вмѣстѣ съ тѣмъ самое большое (по крайней мѣрѣ въ четверть соска), охватывается съ ближайшей къ соску половины пигментной каймой полукруглой формы. Въ какомъ либо отношеніи къ сосудамъ пятна не стоятъ.

Цвѣтоощущеніе нормальное. Поле зрѣнія безъ измѣненій. Visus os. d. = 1,0; os. s. = 0,4. Стекла не улучшаютъ.

Е. Измѣненія зрительнаго нерва.

(Случай № № 49 и 50)

Зрительный нервъ при проказѣ, повидимому, заболѣваетъ крайне рѣдко первично. У одного больного мнѣ удалось констатировать несомнѣнный невритъ (№ 49), а въ случаѣ № 50, принадлежавшемъ пятнистой формѣ, простую атрофію, относительно этиологій этихъ двухъ случаевъ болѣе точныхъ данныхъ добиться я не былъ въ состояніи.

№ 49 (129). Немчикъ Индикъ, 21 л. Ленрозорія-Тарвасть № 21. *Lepa tuberosa*. Болеетъ 7 лѣтъ. Когда пациенту было полгода, у него, по словамъ отца, сдѣлался параличъ всей лѣвой стороны и началось внутреннее косоглазіе на той же сторонѣ. *Hemiplegia sinistra* и *strabismus convergens* os. s. существуютъ и въ настоящее время. Пациентъ психически ненормаленъ и даетъ неточныя показанія. Въ серединѣ лѣваго верхняго вѣка у рѣсничнаго края лепрома величиною съ горошину. *Conj. palp.* os. utr. слегка гинеремирована. Лѣвый глазъ сильно отклоненъ внутрь, подвижность его кнаружи совершенно нарушена. У лимба, соответственно наружному нижнему квадранту правой роговицы, эписклеральная опухоль. Легкое поверхностное помутнѣніе роговицы въ верхней трети. Правый зрачекъ шире нормальнаго, реагируетъ вяло, лѣвый расширенъ *ad maximum*, не реагируетъ. *Iris* os. utr. безъ измѣненій.

Офтальмоскоп. изслѣд.: ос. d. Границы соска ступеваты, самъ онъ сильно гинеремированъ, по цвѣту приближается къ остальному дну глаза, незначительная припухлость *pap. n. optici*,

Сосѣдняя сѣтчатка слегка помутнена. Вены шире нормальнаго, артеріи безъ особыхъ измѣненій. Ос. s. Масса совершенно мелкихъ диффузныхъ помутнѣній стекловиднаго тѣла. Дно видно поэтому весьма неясно, и ничего положительнаго сказать нельзя.

Visus os. d. = 0,5; ос. s. = пальцы на 2 метра. Стекла не улучшаютъ.

№ 50 (204). Тислеръ Янъ, 41 л. Лепрозорія - Неппаль № 222. *Lepra maculo-anaesthetica*. Начала болѣзни опредѣлить не удастся. 10 лѣтъ назадъ у паціента сдѣлался параличъ правой стороны. Больной иногда видитъ искры, но на субъективные данныя совершенно полагаться нельзя: паціентъ психически ненормаленъ. — Въ верхнемъ наружномъ квадрантѣ лѣвой роговицы небольшая лейкома въ области зрачка.

Офтальмоскоп. изслѣд: ос. utr. Сосокъ съ синенато-бѣлымъ оттѣнкомъ, сосуды немного сужены, явленія слѣва сильнѣе выражены.

Цвѣтоощущеніе: больной цвѣтовъ не узнаетъ. Visus os. d. = 0,5; ос. s. M 1,0 D. V = 0,4,

Чаще встрѣчается гиперемія соска при описанныхъ измѣненіяхъ дна глаза.

Г. Помутнѣнія стекловиднаго тѣла.

О помутнѣніяхъ стекловиднаго тѣла при иритахъ, иридоциклитахъ и болѣзняхъ глазного дна я уже говорилъ въ предыдущихъ отдѣлахъ своей работы. Сюда я внесъ тѣ помутнѣнія стекловиднаго тѣла, которыя не были осложнены заболѣваніями другихъ частей глаза, слѣдовательно явились какъ бы самостоятельными болѣзнями. Помутнѣнія такого характера я встрѣтилъ у 6 больныхъ.

Помутнѣнія имѣли большею частью форму подвижныхъ хлопьевъ, были довольно многочисленны и ничѣмъ не отличались отъ обыкновенно наблюдаемыхъ. Но въ виду того, что всякія другія причины, какъ общія, такъ и мѣстныя могли быть исключены, то лепрозное происхожденіе ихъ является весьма вѣроятнымъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ и въ другомъ съ

слѣдами бывшаго прита я могъ констатировать въ стекловидномъ тѣлѣ сѣроватую непрозрачную пленку величиною въ 1 кв. смт.. Пленка лежала неподвижно передъ соскомъ и была хорошо видна у перваго больного съ $+ 5,0$ D, у втораго съ $+ 8,0$ D. Означенные случаи имѣютъ большое сходство съ 2-мъ наблюдениемъ Tranta's'a, и вѣроятно они всѣ тоже лепрознаго характера. Сифилисъ вызываетъ иногда подобнаго рода образованія, какъ сообщилъ мнѣ на основаніи своихъ собственныхъ изслѣдованій проф. Евенкій.

III. Общие выводы.

Глаза, считая вместе с их придаточными органами, заболевают при проказы очень часто (не менее 75%).

Бугристая форма проказы поражает глаза гораздо чаще, чем пятнистая, заболевания глаз совместно с придаточными органами встречаются при ней приблизительно в 95% всех случаев, тогда как при пятнистой форме это отношение падает приблизительно до 52%.

При проказе мужчины, повидимому, заболевают глазами несколько чаще, чем женщины (83% и 71%), что особенно заметно при пятнистой форме. При бугристой проказе тяжесть заболевания (захват самого яблока) выступает резко у женщин, а при пятнистой — у мужчин.

Весьма вероятно, что с увеличивающейся продолжительностью основного страдания возрастает и частота заболевания глаз, но мой материал для решения этого вопроса оказался недостаточным: наблюдались почти исключительно больные первых двух десятилетий. Во всяком случае глазные заболевания появляются при лепре довольно рано.

Глазное яблоко, исключительно оно одно, поражается проказой сравнительно рѣдко (менѣе 3%), одни придаточные органы — въ 12%, но чаще всего заболѣваютъ эти органы совместно съ глазнымъ яблокомъ (61%). При бугристой формѣ пораженіе придаточныхъ органовъ встрѣчается въ 14%, при пятнистой въ 8,5%, а заболѣваніе ихъ совместно съ глазнымъ яблокомъ наблюдается при бугристой проказѣ въ 78%, при пятнистой въ 35%.

Заболѣванія вѣкъ при проказѣ вообще встрѣчаются въ 64,5%, при чѣмъ при *Lepra tuberosa* они наблюдаются гораздо чаще (78%), чѣмъ при *Lepra maculo-anaesthetica* (42%). При бугристой формѣ заболѣванія вѣкъ встрѣчаются у мужчинъ нѣсколько рѣже (73%), чѣмъ у женщинъ (83%); при пятнистой формѣ отношеніе половъ обратное: у мужчинъ 55%, у женщинъ 36%. Поражаются ли вѣки при *Lepra tuberosa* чаще глазного яблока, сказать нельзя. Мнѣніе авторовъ, что заболѣваніе вѣкъ принадлежитъ къ числу первыхъ признаковъ проказы вообще и предшествуетъ пораженію глазного яблока, едва ли можетъ считаться правильнымъ. Число пациентовъ съ здоровыми вѣками постепенно уменьшается съ теченіемъ времени, и это уменьшеніе идетъ въ довольно правильной прогрессіи.

Lepra tuberosa характеризуется развитіемъ лепрозной ткани въ вѣкахъ болѣею частью подъ видомъ разлитого инфильтрата (56%), чаще всего занимающаго рѣсничный край верхняго вѣка; на нижнихъ процессъ всегда слабѣе выраженъ, чѣмъ на верхнихъ.

Узлы встрѣчаются гораздо рѣже (9%) и обыкновенно осложняются присутствіемъ инфильтратовъ. Располагаются они иногда симметрично и локализуются преимущественно на рѣсничномъ краю верхняго вѣка. Они исчезаютъ обыкновенно путемъ рассасыванія, въ весьма рѣдкихъ случаяхъ наблюдается размягченіе или изъязвленіе. Сильные рубцы вѣкъ, вызывающіе обезображиваніе, принадлежатъ къ рѣдкостямъ.

Изъ отдѣльныхъ заболѣваній вѣкъ первое мѣсто по частотѣ занимаютъ болѣзни рѣсницъ (70%); заболѣваніе ихъ состоитъ въ атрофіи и выпаденіи; на нижнихъ вѣкахъ процессъ всегда сильнѣе выраженъ, чѣмъ на верхнихъ. Болѣзнь обыкновенно начинается на всѣхъ вѣкахъ одновременно; исчезаютъ сперва рѣсницы на нижнихъ вѣкахъ, затѣмъ въ средней трети верхнихъ и дольше всего остаются въ внутренней ихъ трети.

Lagophthalmus paralyticus съ выворотомъ встрѣчается сравнительно рѣдко (7%).

Измѣненія чувствительности наблюдались въ 10%.

При *Lepra maculo-anaesthetica* вѣки могутъ долгое время оставаться незатронутыми проказой, съ продолжительностью послѣдней наблюдается болѣе частое ихъ заболѣваніе, хотя это происходитъ не въ такой правильной прогрессіи, какъ при *Lepra tuberosa*.

Самое частое разстройство — *lagophthalmus paralyticus* съ выворотомъ (33%). Какъ весьма рѣдкое измѣненіе наблюдается заворотъ верхнихъ вѣкъ.

Измѣненія рѣсницъ состоятъ, какъ при *Lepra tuberosa*, въ атрофіи и выпаденіи, при чемъ нижнія вѣки обыкновенно оказываются сильнѣе пораженными, чѣмъ

верхнія. Эти измѣненія я наблюдать сравнительно рѣдко, только въ 8% (Borthen въ 75%).

Анестезіи, полныя и частичныя, встрѣчались мнѣ въ 12%.

Пятенъ на вѣкахъ мнѣ никогда не пришлось наблюдать.

Все измѣненія со стороны вѣкъ при *Lepa maculo-anaesthetica* должны быть разсматриваемы, какъ трофическія разстройства, первоначальная причина которыхъ кроется внѣ вѣкъ, а именно въ другихъ, пораженныхъ проказою, частяхъ лица.

При *Lepa tuberosa* конъюнктивѣ оказалась измѣненной въ 36%, при *Lepa maculo-anaesthetica* — въ 44%. Измѣненія ея состояли въ анеміи, гипереміи и катаррѣ, клинически ничего характернаго для проказы не представлявшихъ.

Существованіе „*infra- und perikorneale Conjunctivitis*“ Borthen'a при *Lepa maculo-anaesthetica* подлежитъ сомнѣнію.

Самостоятельныхъ лепромъ конъюнктивы не бываетъ: вторично иногда ими захватывается *conjunctiva bulbi*, а *conjunctiva palpebrarum* крайне рѣдко.

Всякое измѣненіе въ чувствительной сферѣ со стороны роговицы сопровождается пораженіемъ чувствительности на *conjunctiva palpebrarum* и *bulbi*. Разстройства чувствительности всегда сильнѣе выражены на конъюнктивѣ вѣкъ, здѣсь она исчезаетъ раньше всего, а дольше всего остается неизмѣненной на роговицѣ.

При *Lepra maculo-anaesthetica* чувствительность бываетъ чаще (25%) и сильно поражена, чѣмъ при *Lepra tuberosa* (20%).

Эписклера и склера подвергаются заболѣванію только при бугристой проказѣ (около 19%). Характеръ заболѣванія выражается опухолью (лепремой), развивающейся первично въ эписклерѣ, откуда она можетъ перейти на роговицу, конъюнктиву и склеру. Сидятъ лепромы почти исключительно у лимба и притомъ у наружнаго его края (преимущественно снаружи — снизу). Исходъ: полное рассасываніе ихъ, изъязвленіе. Лепромы исчезаютъ безслѣдно или оставляютъ за собою грязновато-сѣрое окрашиваніе склеры, здѣсь соединительная оболочка теперь является сращенной съ подлежащей тканью. Стафиломатозныя выпячиванія склеры на мѣстѣ опухоли наблюдаются крайне рѣдко.

Сидятъ лепромы на склерѣ неподвижно, поверхность ихъ обыкновенно гладкая, цвѣтъ свѣтложелтый, темнобурый, иногда фіолетово-красный. Конъюнктива надъ ними подвижна.

Довольно часто склера при отсутствіи склерита была измѣнена въ цвѣтъ въ видѣ темно-бурой каймы вокругъ роговицы или пятна на обычныхъ мѣстахъ появленія лепромъ.

Статистика Borthen'a относительно заболѣванія роговицы при *Lepra tuberosa* не можетъ считаться вполне безупречной. Изъ всѣхъ частей глаза чаще всего заболѣваетъ роговица (79%). При другихъ

болѣзняхъ глазного яблока только въ рѣдкихъ случаяхъ можно застать роговицу нормальной. Пораженіе одной ея наблюдается въ 50% заболѣваній роговицы вообще. Въ большинствѣ случаевъ (66%) роговица заболѣваетъ еще въ первомъ десятилѣтіи проказы.

Поверхностный лепрозный кератитъ встрѣчается въ 69% больныхъ бугристой проказой. Кератитъ всегда начинается возлѣ лимба наружнаго верхняго квадранта, затѣмъ переходитъ на внутренній верхній и, по занятіи верхней трети роговицы, часто останавливается: если же происходитъ обостреніе процесса, то кератитъ передвигается на наружный нижній квадрантъ, не щадя и центра роговой оболочки, но обыкновенно онъ остается болѣе прозрачнымъ, чѣмъ периферическія части; внутренній нижній квадрантъ захватывается позже всего и заболѣваетъ рѣдко.

Предсказаніе при лепрозномъ поверхностномъ кератитѣ, какъ таковомъ, обыкновенно можно считать болѣе или менѣе благопріятнымъ.

Худшій прогнозъ отмѣчается въ тѣхъ случаяхъ, когда поверхностный кератитъ переходитъ отчасти и на болѣе глубокіе слои, вслѣдствіе нерѣдкаго появленія тогда заболѣванія сосудистаго тракта.

Относительно лепромъ роговицы я расхожусь съ общепринятымъ дѣленіемъ ихъ на поверхностныя и глубокія. На основаніи выше приведенныхъ соображеній я считаю послѣднія за паренхиматозный кератитъ, аналогичный таковому же при сифилисѣ и туберкулезѣ.

Поверхностныя лепромы составляютъ у меня около 4 % всѣхъ измѣненій роговицы у больныхъ бугристой проказой. Онѣ всегда переходятъ на роговицу съ эписклеры. Регрессивный метаморфозъ чаще всего состоитъ въ всасываніи и рубцованіи, язвенные процессы встрѣчаются рѣже.

Keratitis parenchymatosa leprosa (около 6 %) отличается болѣе тяжелымъ предсказаніемъ, почти всегда онъ закончивается слѣпотой вслѣдствіе осложненія иритомъ или иридоциклитомъ и чаще является процессомъ самостоятельнымъ, не стоящимъ въ связи съ паракорнеальными лепромами.

Lepra maculo-anaesthetica. — *Keratitis e lagophthalmo* наблюдается въ 15 % всѣхъ больныхъ пятнистой формой проказы и въ 41,5 % всѣхъ случаевъ *lagophthalmus'a*. Кератитъ часто сопровождается пораженіемъ чувствительности на роговицѣ. Анэстезія служитъ признакомъ болѣе тяжелаго заболѣванія и значительно ухудшаетъ прогнозъ; но въ общемъ послѣдній не можетъ считаться абсолютно дурнымъ. Существуютъ ли еще другія специфическія заболѣванія роговицы при *Lepra maculo-anaesthetica*, съ увѣренностью сказать нельзя.

Iris заболѣваетъ довольно часто при проказѣ (28%). Вялую реакцію зрачка и легкое измѣненіе его формы надо считать первыми признаками начинающагося ирита. Сосудистый трактъ чаще всего заболѣваетъ подъ видомъ серозно-пластическаго иридоциклита, ничѣмъ но

отличающагося отъ такого же при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Теченіе преимущественно хроническое.

Лепромы радужной оболочки встрѣчаются рѣдко. Онѣ появляются то въ видѣ отдѣльныхъ замѣтныхъ невооруженнымъ глазомъ сѣроватыхъ бугорковъ, какъ напр. при туберкулезѣ, съ ними онѣ и имѣютъ замѣтное сходство; или въ видѣ многочисленныхъ милліарныхъ образованій, видимыхъ только при изслѣдованіи лупой, причемъ радужка кажется какъ бы усѣянной цвѣточной пылью.

Лепромы въ передней камерѣ берутъ свое начало изъ угла камеры, а можетъ быть, изъ рѣничнаго тѣла; проникнувъ въ камеру, онѣ могутъ перейти на радужку и роговицу. Прогнозъ ихъ много хуже вслѣдствіе тяжелаго придоциклита.

При пятнистой проказѣ сосудистый трактъ заболѣваетъ гораздо рѣже (13%), и болѣзнь протекаетъ съ менѣе рѣзко выраженными воспалительными симптомами, чѣмъ при *Lepra tuberosa*. Иритъ ничѣмъ особеннымъ не отличался, и въ моихъ случаяхъ всегда сопровождался *lagophthalmus*'омъ и измѣненіями роговицы. Относительно истинной природы ирита еще ничего положительнаго сказать нельзя.

Хрусталикъ при проказѣ заболѣваетъ всегда вторично вслѣдствіе нарушеннаго питанія при тяжелыхъ придоциклитахъ resp. иридо-хоріонидитахъ, причемъ можетъ послѣдовать разрушеніе сумки все болѣе и болѣе растущей новообразованной лепрозной тканью.

Заболѣванія дна глаза встрѣчаются при проказѣ часто (23% всѣхъ изслѣдованныхъ больныхъ). Очень вѣроятно, что эти измѣненія встрѣчаются еще чаще, но остаются недоступными для изслѣдованія вслѣдствіе помутнѣнія прозрачныхъ средъ.

Бугристая форма проказы вызываетъ эти заболѣванія чаще, чѣмъ пятнистая.

Поль и возрастъ больныхъ не имѣютъ вліянія на частоту внутриглазныхъ заболѣваній.

Болезни дна глаза выражаются измѣненіями сосудистой и сѣтчатой оболочекъ, зрительнаго нерва и стекловиднаго тѣла.

Характеръ заболѣванія сосудистой оболочки имѣетъ типъ разсѣяннаго очаговаго хоріоидита (*Chorioiditis disseminata*), локализирующагося почти всегда на крайней периферіи дна глаза.

Пораженіе сѣтчатой оболочки имѣетъ характеръ или нетипичнаго пигментнаго ретинита (*Retinitis pigmentosa atypica*), или же оно проявляется высыпаніемъ многочисленныхъ отдѣльныхъ очень маленькихъ пятенъ (бугорковъ?) сѣровато-желтаго цвѣта. Въ первомъ случаѣ поле зрѣнія обыкновенно концентрически сужено, и у больныхъ можно констатировать гемералопію.

Въ рѣдкихъ случаяхъ гемералопія можетъ появиться у проказенныхъ самостоятельно, т. е. безъ видимыхъ измѣненій на днѣ глазъ.

Иногда наблюдаются измѣненія ретинальных сосудовъ въ видѣ эндартеріита и эндофлебита съ послѣдовательнымъ диффузнымъ помутнѣніемъ сѣтчатки и кровоизліяніями.

Зрительный нервъ заболѣваетъ при проказѣ очень рѣдко, то въ видѣ неврита, то въ видѣ атрофіи соска (2 раза на 47 больныхъ съ офтальмоскопическими измѣненіями дна глаза). Чаше всего встрѣчается гиперемія его при другихъ заболѣваніяхъ глазного дна.

Измѣненія стекловиднаго тѣла характеризуются помутненіями его (6 разъ на 47 больныхъ съ офтальмоскопическими измѣненіями). Здѣсь имѣются въ виду помутненія безъ видимаго заболѣванія ретины или хориоидеи. Последовательныя помутненія при иритахъ, иридоциклитахъ и т. д. встрѣчаются гораздо чаще.

Что же касается вопроса, имѣютъ ли найденныя измѣненія дна глаза что-либо характерное именно для проказы, то для большинства изъ нихъ слѣдуетъ отвѣтить отрицательно. *Chorioiditis disseminata*, *Retinitis pigmentosa atypica*, заболѣванія зрительнаго нерва и помутненія стекловиднаго тѣла встрѣчаются и при другихъ общихъ заболѣваніяхъ. Особенно сходны эти измѣненія съ находящимися при сифилисѣ, который вообще во многихъ отношеніяхъ представляетъ немалое сходство съ лепрой. Совершенно своеобразнымъ и потому для проказы характернымъ я считаю высыпанія мелкихъ пятнышекъ въ ретинѣ (*Retinitis circumscripta*). Можно ли считать послѣднія за милліарныя лепромы, какъ я предполагаю, сказать трудно за отсутствіемъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій.

Описанныя въ этой главѣ измѣненія дна глаза нужно считать вызванными лепрой, хотя намъ и не извѣстна ихъ патолого-анатомическая основа. Въ пользу этого взгляда слѣдуетъ привести слѣдующія сообра-

женія: 1) совершенная своеобразность нѣкоторыхъ изъ нихъ; 2) значительный процентъ заболѣваній; 3) частое повтореніе одной и той же картины при отсутствіи всякаго другого этиологическаго момента; 4) одновременное присутствіе лепрозныхъ измѣненій со стороны наружныхъ частей глаза, а иногда даже въ переднихъ отдѣлахъ одной и той же оболочки (радужки); 5) большое сходство ихъ съ измѣненіями, вызываемыми сифилисомъ, при отсутствіи этого заболѣванія.

Относительно происхожденія глазныхъ заболѣваній при проказѣ не достигнуто полнаго согласія: одни авторы (Danielssen и Boeck, Pedraglia, Secondi, Roncet, Babes и др.) признають, что бациллы лепры проникають въ глазъ со стороны соединительной или роговой оболочекъ и отсюда постепенно захватываютъ болѣе глубокія части, другіе же наблюдатели (Hirschberg, Jeanselme и Morax, Borthen, Lie, Franke, Delbanco, Greeff и др.) считаютъ болѣе правильнымъ принять эндогенный путь зараженія бациллами. Последній взглядъ болѣе обоснованъ. Болѣе новыя изслѣдованія показали, что соединительная оболочка заражается бациллами проказы только вторично, изъ болѣе глубокихъ слоевъ, напр. изъ эписклеры при лепромахъ конъюнктивы. Извѣстно далѣе, что ириты могутъ наблюдаться первично безъ предшествовавшаго кератита или энисклерита. Наконецъ, лепрозныя заболѣванія дна глаза встрѣчаются иногда при совершенно нормальномъ состояніи передняго отрѣзка глаза.

Анатомическое изслѣдованіе (Frankе, Delbanco) макроскопически неизмѣненныхъ глазъ у прокаженныхъ показало присутствіе бациллъ въ радужкѣ, рѣсничномъ тѣлѣ и самыхъ заднихъ слояхъ роговицы, между тѣмъ какъ соединительная оболочка и передніе слои роговой были совершенно свободны отъ нихъ. Такимъ образомъ въ перечисленныхъ случаяхъ, по всей вѣроятности, нужно допустить проникновеніе лепрозной заразы въ глубь путемъ кровеносныхъ сосудовъ. Несомнѣнно также, что лепрозные бациллы могутъ распространяться и по лимфатическимъ путямъ, напр. въ роговицѣ.

Оба вида проказы относятся къ глазу, неодинаково. Бугристая форма лепры поражаетъ глаза гораздо чаще пятнистой. Но и характеръ измѣненій совершенно другой: при ней преобладаютъ воспалительные процессы, иногда даже сопровождающиеся развитіемъ лепромъ, между тѣмъ какъ пятнистая проказа вызываетъ преимущественно нервныя разстройства, воспаленія же при ней почти всегда — явленія вторичныя, напр. кератитъ при lagophthalmus'ѣ, иритъ при кератитѣ.

При внимательномъ изученіи лепрозныхъ заболеванийъ глаза нельзя не отмѣтить ихъ сходства во многихъ отношеніяхъ съ болѣзнями, вызываемыми сифилисомъ и туберкулезомъ.

Бугристая проказа, подобно указаннымъ, тоже хроническимъ, инфекціоннымъ болѣзнямъ, вызываетъ

паренхиматозный кератитъ. Однако при той же анатомической локализациі клиническая картина при различныхъ этиологическихъ моментахъ не совсѣмъ одинакова. Лепрозный кератитъ развивается очень медленно, склоненъ къ повторяющимся приступамъ, не имѣетъ замѣтной склонности къ обратному развитію и почти всегда осложняется тяжелыми заболѣваніями сосудистаго тракта, отчего прогнозъ его представляется очень сомнительнымъ. Сифилитическій кератитъ напротивъ отличается сравнительно большою быстротою теченія, явной склонностью къ обратному развитію и часто не осложняется заболѣваніями глубокихъ оболочекъ глаза, прогнозъ его обыкновенно нельзя считать плохимъ. Туберкулезный кератитъ по своимъ симптомамъ стоитъ ближе къ лепрознаму.

Все эти заразные болѣзни вызываютъ въ радужкѣ, помимо диффузнаго воспаленія, еще и развитіе бугорковъ. Послѣдніе при сифилисѣ встрѣчаются не такъ рѣдко, локализуются въ области малаго и большаго артеріальныхъ круговъ, отличаются почти всегда желтовато-краснымъ цвѣтомъ, протекаютъ обыкновенно при рѣзкихъ воспалительныхъ явленіяхъ и сравнительно быстро исчезаютъ. Туберкулезные бугорки сѣраго цвѣта, не имѣютъ опредѣленной локализациі, эволюціа ихъ болѣе медленная, теченіе болѣе хроническое. Лепрозные бугорки встрѣчаются, по нашимъ наблюденіямъ, почти всегда у зрачковаго края, цвѣтъ ихъ сѣрый, сопровождающія воспалительныя явленія не рѣзко выражены, въ этомъ отношеніи они стоятъ ближе къ туберкулезнымъ. Изъ случаевъ Hirschberg'a и Borthen'a можно замѣтить,

что бугорки могутъ встрѣчаться и у большого артеріальнаго круга и въ самой стромѣ радужки (сходство съ туберкулезомъ), однако и въ этихъ случаяхъ большая часть опухолей находилась у зрачковаго края. — При сифилисѣ иногда встрѣчаются плоскія пятна въ ткани *iris*, которыя, благодаря ихъ положенію и цвѣту, надо признать за образованія аналогичныя бугоркамъ, хотя специфическое воспаленіе и не произвело здѣсь ограниченной опухоли. Тоже самое иногда наблюдается и при проказѣ.

Узловатая форма циклита встрѣчается изрѣдка при сифилисѣ и туберкулезѣ и ведетъ здѣсь иногда къ развитію большихъ опухолей, проникающихъ въ переднюю камеру или пробивающихъ себѣ дорогу черезъ склеру у лимба. При проказѣ имѣется еще мало данныхъ относительно подобнаго рода опухолей, но несомнѣнно ихъ нахожденіе здѣсь и проникновеніе въ переднюю камеру.

Эти инфекціонныя болѣзни захватываютъ хрусталикъ только вторично, а именно путемъ разстройства его питанія вслѣдствіе тяжелаго иридоциклита.

Очень сходны, наконецъ, между собою проявленія сифилиса и проказы на днѣ глаза въ видѣ хориоретинита, пигментнаго ретинита и измѣненій кровеносныхъ сосудовъ сѣтчатки.

IV. Литература.

Въ этомъ переченѣ литературы я старался дать возможно полный обзоръ литературы, по вопросу о заболѣваніяхъ глазъ при проказѣ. Мнѣ казалось это тѣмъ болѣе желательнымъ, что у другихъ авторовъ въ этомъ отношеніи замѣчаются большіе пропуски. Здѣсь приведена литература исключительно по данному вопросу, сочиненія же о лепрѣ вообще безъ отношенія къ заболѣваніямъ глазъ, поскольку они мнѣ казались важными, приведены мною въ текстѣ.

Addario. — XIII. Ital. Ophth. Congress in Palermo. Ref. Centralbl. f. Aug. 1893, p. 78.

Akino, Jiro*). — The results of operations on the eye in cases of leprosy. Tokei Med. Journ. Nr. 412. Tokio 1886.

Axenfeld und Krukenberg. — Ergebn. d. allg. Pathol. u. path. Anat. d. Auges. Bericht über 1897—1899; pag. 190.

Azavedo Lima et Guedes de Mello. — Ueber das Vorkommen der einzelnen Lepraformen, so wie der Erscheinungen an Augen, Nase, Ohren. Monatsheft f. pract. Dermatologie. 1887. Nr. 14.

Babes. — Histologie der Lepra. Berlin. 1898.; p. 53—54.

— Die Lepra. Wien. 1901.

Babes und Levaditi. — Ophth. Klinik V. p. 73.

Begue. — Des manifestations oculaires de la lèpre et du traitement, qui leur convient. Thèse. Paris 1889.

Bidenkap. — An Abstract of Lectures on Lepra. Ref. Monatsheft f. pract. Dermat. 1887.

Bistis. — Sur la lèpre de l'oeil. Arch. d'opht. 1899. Mars.

— Ueber zwei Fälle von lepröser Chorioretinitis. Centralblatt f. Augenheilk. Nov. 1899.

*) Сочиненія, обозначенныя звѣздочкой, были мнѣ недоступны.

- Böckmann, Eduard. — Om den ved trigeminus anæsthesi forrekomende hornhindelidelses væsen og årsager. Bergen 1882. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1883.
- Om de spedalskes øienlidelser. Medicinsk revue 1886. Ref. Vierteljahresschrift für Derm. und Syph. 1887, p. 563.
- Boinet. — La lèpre à Hanoi. Revue de Médecine 1890. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1890, p. 450.
- Bruns Henry Dikson*). — Three cases of leprous of the eye. New Orleans med. and surgical Journ. Vol. XI. Nr. 5. 1883. pag. 3510.
- Borthen, Lyder. — The leprous diseases of the eye. Transactions of the eight international opthalmological congress, Edingburgh 1894.
- Untersuchungen über die Häufigkeit d. Augenleiden in den beiden Formen d. Lepra. Mitth. u. Verhandl. d. internat. wissenschaftl. Lepra Conferenz. Berlin 1897.
- Lepra. Bibliotheca internationalis. Vol. I. Fasc. 3. 1900.
- Die Blindenverhältnisse bei der Lepra. Klinische Studien. Christiania 1902.
- Borthen, L. und Lie. — Die Lepra des Auges. Klinische Studien mit pathol. anatomischen Untersuchungen. Leipzig, 1899.
- Bull. — Forekommer Keratitis neuroparalytica hos spedalske? Norsk. Magaz. for Lægevidenskaben. 1882. Christiania. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1883, p. 153.
- Capellini. — Di un granuloma leproso del limbus sclerocorneale. Associazione Med. Chir. di Parma 1900 n°3. Ref. Centralblatt f. Augenheilk. 1901, p. 319.
- Carron de Villards. — Les affections lépreuses de l'oeil et de ses annexes. Ann. d'oculist. 1856, p. 145–162.
- Chiarini et Fortunati. — Un caso di lebbra mutilante con lesioni oculari. Annali di Ottalmologia. An. XXII, p. 95. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1894, p. 534.
- Chisolm. — Disease of the corneae in a case of extensive cutaneous anaesthesia. Opht. Hosp. Reports. 1869. Vol. VI.
- Cuénot et Remlinger. — Un cas de lèpre oculaire. Presse medic., jan., 1900. Ref. Révue générale d'Ophtalm. 1900, p. 374.
- Danielssen et Boeck. — Traité de la Spédalskhed. Paris. 1848.
- Dehio, K. — Beiträge z. path. Anatomie d. Lepra. Diss. 1877. Dorpat.
- Doutrelepont und Wolters. — Beitrag zur visceralen Lepra. Arch. f. Derm. u. Syph. 1896.

- v. Dühring und Trantas. — Ophthalmoskopische Befunde bei Leprösen. Deutsche Med. Wochenschrift. 1900. № 9.
- Дѣловъ. — Случай проказы глаза. Протокъ. Туркестанскаго мед. общества. Ref. Zeitschrift f. Augenheilk. 1902, Bd. VIII. Heft 2.
- Eklund. — Om spetalskaa. Stockholm. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1879, p. 256.
- El Siglo Medico. — Leprosy serum in ophthalmic and otologic therapeutic. Ref. Centralbl. f. Aug. 1896, p. 724.
- Franke, E. — Zur pathol. Anatomie d. Lepra d. Auges. Bericht über d. Verhandl. d. IX int. ophth. Kongresses in Utrecht. — Heidelb. ophth. Gesellsch. 1901. Demonstration.
- Franke, E. u. Delbanco, E. — Zur pathol. Anatomie d. Augenlepra. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. L. 1900.
- Galezowsky. — De la lèpre oculaire. Rec. d'Opht. XXIII, p. 129. Ref. Arch. d'opht. 1901., p. 481.
- Gouveia, M.D. — Sur les manifestations oculaires de la lèpre. Ann. d'ocul. 1896. V. CXV, p. 471.
- Greeff. — Die path. Anatomie d. Auges. 1902, p. 199—203. Berlin.
- Haltenhoff. — Un cas de lèpre avec localisations oculaires. Rév. méd. de la Suisse romande. Avril 1902, p. 356. Ref. Rév. gén. d'opht. Vol. XXI, № 11, p. 526.
- Hansen and Bull. — The leprous diseases of the eye. Christiania. 1873.
- Hirschberg. — Ein Fall von Lepra d. Auges. Centrbl. f. Aug. 1891, p. 291.
- Iridocyclitis leprodes. Centralblatt f. Aug. 1888, p. 23.
- Hillairet*). — Infiltrations de la cornée chez lépreux. Gaz. des Hospitaux. 1865, p. 507.
- Hulanicki, W. — Die leprösen Erkrankungen d. Augen. Diss. Dorpat. 1892.
- Jatzow. — Medicinische Skizzen aus Norwegen. Centrbl. f. Aug. 1888, p. 24.
- Kaposi. — Verhandl. d. Wiener dermat. Gesellschafts-Sitzung vom 19. III. 1890. Ref. Arch. f. Derm. u. Syph. 1890, p. 776.
- Pathologie und Therapie d. Hautkrankheiten.
- Kaurin. — On oienlidelser hos de spedalske. Christiania 1885. Ref. Révue génér. d'opht. 1885, p. 375.
- Köbner. — Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph. 1876. Heft 1.
- Kollock*), C. W. — Leprosy affecting the eyes. Med. News. 1888.

- Козловскій. — Проказа въ области Терека. Военно-медиц. Журналъ 1869.
- Кудрявскій. — Врачъ 1897, p. 499.
- Lassar. — Ophth. Klinik. IV, p. 149.
- Levaditi. — Pathol. Histologie bei d. Lepra d. Auges. Centralbl. f. allg. Pathologie u. pathol. Anat. 1899; p. 725
- Leloir. — Traité pratique et theoretique de la lèpre.
- Lopez. — Lepröse Augenerkrankungen. Arch. f. Augenheilk. XXII. 1890.
- Lorand. — Mittheilungen über die Lepra in Schweden und Norwegen. Wiener med. Woch. 1894, № 28 (Feuilleton).
- Magawly. — St. Petersburg. Med. Wochenschr. 1885. Centrbl. f. Augenheilk. 1885. p. 188.
- Mazza, A. — Lepra tuberculosa et anaesthetica, deformante et mutilante, tumori leprosi sclerocorneali, esportazione e cauterizzazione. Annali di Ottalm. XV, fasc. V, VI. 1887. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1887.
- Meyer, Ed. und Berger. — Lepratumor d. Hornhaut von sarcomähnlicher Beschaffenheit. Arch. f. Ophth. Bd. XXXIV, 4. 1888.
- Мюнхъ. — Проказа на югъ Россіи 1885.
- Neisser. — Histologische und bact. Leprauntersuchungen. Virchows Archiv Bd. 103, p. 355. 1886.
- Neve, Arthur. — British medical Journal. 12/V 1900.
- Panas. — Des manifestations oculaires de la lèpre et du traitement, qui leur convient. Arch. d'opht. 1887, p. 481.
- De la forme tuberculeuse des manifestations oculaires de la lèpre. France méd. № 66, p. 7975. Ref. Rév. gén. d'ophtalm. 1888, p. 334.
- Parinaud. — Lèpre anesthésique de l'œil. Ann. d'ocul. 1890, II, p. 240.
- Patron-Espada. — Congrès médical Pan-Américain, tenu à la Havane 1901. Ann. d'ocul. V. CXXVI, 1901, juillet.
- Pedraglia. — Morphötische Augenerkrankungen. Klinische Monatsblätter f. Augenheilk. X, p. 65—84.
- Pfeiffer. — Beitrag zur Kasuistik der Augenlepra. In. Diss. Freiburg in Br. 1897.
- Philippson, Louis. — Histol. Beschreibung eines leprösen Auges. Beiträge z. Augenheilk. Heft XI. 1893.
- Pollock, C. F. — Leprosy as a cause of blindness with notes of 41 cases. London. Churchill. 1889.

- Poncet (de Cluny). -- Sur les lésions oculaires dans la lèpre tuberculeuse. Progrès Médical 1888, p. 33. Ref. Rév. gén. d'opht. 1888, p. 134.
- Power. -- Lèpre. Oph. Soc. of Great Britain and Ireland 1883 6/VII.
- Prunier. -- Ophtalmie lépreuse observée au Caire. Ann. d'ocul. XIX, p. 20.
- Rampoldi. -- Ein Fall von Lepra oculairis. Centralbl. f. Augenheilk. 1886, p. 187. (Ref.)
- Roeser. -- Sur la lèpre des paupières. Congrès internat. d'ophtalmologie de Paris. Compte rendu publié par Warlomont. 1862, p. 209.
- Rockliffe*). -- Ophtalmological Society of the United Kingdom 12/VI 1902.
- Румянцевъ. -- Два случая проказы. Врачебная Газета 1902, № 2, стр. 29.
- Santos Fernandez*) La operacion de la cataracte en los leproso. Annales de Oftalm. de Mexico T. I, № 1.
- v. Schroeder. -- Demonstration eines Falles von Lagophth. paralyt. beider Augen bei L. anaesth. St. Petersburg. Med. Wochenschrift 1898, № 4; bezw. № 38.
- Secondi. -- Sulla lepra oculare. Annali di Ottalm., XV, 5 et 6. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1887, p. 252.
- Scott, Kenneth. -- Keratitis occurring in Leprosy. Ophtalmological Society of the United Kingdom 12/III 1896. Ref. Centralbl. f. Augenheilk. 1896, p. 241.
- Snellen. -- XII. Vergadering van het Nederl. Oogheelk. Gezelschap. 12/XII 1897 te Utrecht. Ref. Centralbl. f. Augenheilk. 1898, p. 251.
- Суримопъ. -- Случай трофоневрот. проказы. Медич. Обзор. 1890.
- Sylvester, J. H. -- Leprous tubercle of the eye. Transact. of the med. and physiol. soc. Bombay 1870. Ref. Nagels Jahresbericht pro 1870, p. 293.
- Trantas. -- Lèpre oculaire: lagophthalmos, keratite, iritis, chorioretinite, insensibilité de la cornée. Recueil d'opht. XX an. 1898, p. 452.
- Lésions ophtalmosc. chez les lépreux. Ann. d'ocul., V, CXXI, 1899, p. 366.
- Uhlenhuth. -- Ein Fall von Lepra tuberosa mit besonderer Berücksichtigung einer beginnenden leprösen Hornhauterkrankung (Keratitis superficialis punctata). Charité Annalen XXIII Jahrg. 1898. Ref. Ophthalm. Klinik, V, p. 71.

- Uhlenhuth u. Westphal. — Histologische und bacteriol. Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberoso-anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems. Klinisches Jahrbuch. Jena. 1901.
- Uthoff. — Ueber infectiöse Neuritis optica. Bericht d. 28 ophth. Gesell. zu Heidelberg 1900, p. 41.
- de Vincentiis. — De intorno alla lepra oculare. Ref. Centralbl. f. Augenheilk. 1880, p. 334.
- Vossius. — Ein Fall von Lepra des Auges. Sitzung d. ophth. Gesell. zu Heidelberg. 1884.
- Ueber die Uebertragbarkeit d. Lepra auf Kaninchen. Zeitschr. f. vergl. Augenh. 1888. Oct.
- Бейертъ. — Вѣстн. Офтальм. XV, p. 209. 1898.
- Wintersteiner. — Wiener Klin. Wochenschrift, 1895, p. 350.
- Wolff. — Die Lepra arabum. Virch. Arch. XXVI, p. 49. 1863.
-

Оглавление.

	Стр.
Введение	3
I. Общая статистика	7
II. Клиническая часть	16
1. Вѣки	16
2. Соединительная оболочка	36
3. Склера и эписклера	49
4. Роговая оболочка	58
5. Радужная оболочка, рѣсничное тѣло	81
6. Хрусталикъ	110
7. Измѣненія дна глаза	112
A. Chorioiditis disseminata	120
B. Degeneratio pigmentosa retinae	128
C. Retinitis	133
D. Измѣненія ретинальныхъ сосудовъ	143
E. Измѣненія зрительнаго нерва	151
F. Помутнѣнія стекловиднаго тѣла	152
III. Общiе выводы	154
IV. Литература	168

Положенія.

1. Необходимо, чтобы врачи, заведующіе лекпро-
зоріями, были въ достаточной степени знакомы
съ практической офталмологіей.
 2. Въ сомнительныхъ случаяхъ проказы изслѣдова-
ніе глазъ можетъ имѣть рѣшающее значеніе
при постановкѣ діагноза.
 3. Мнѣніе о незаболѣваемости дна глаза при про-
казѣ должно считаться невѣрнымъ.
 4. Опредѣленіе внутриглазного давленія при иритѣ
можетъ имѣть прогностическое значеніе.
 5. Для опредѣленія рефракціи въ глазахъ, страда-
ющихъ спазмомъ аккомодациі, методъ изслѣ-
дованія въ прямомъ видѣ долженъ считаться
болѣе объективнымъ, чѣмъ скіаскопическій.
 6. Популярныя сочиненія по медицинѣ, въ кото-
рыхъ главное вниманіе обращается на терапію,
не удовлетворяютъ своему назначенію.
-