

Серия докторских диссертаций, доставляемых в цензуру из Императорской  
Высшей Медицинской Академии из 1898/99 учебнаго года.

6155

к. 77

№ 2.

130

6

**ВЛІЯНІЕ ВОДНОЙ ВЫТЯЖКИ  
ЦВѢТОЧНЫХЪ ПОЧЕКЪ ГВОЗДИЧНАГО ДЕРЕВА  
(*Sanguophyllus aromaticus* L.)  
НА ПОМУТНѢВНІЯ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ.**

Экспериментально-клиническое исследование из Государственной  
Окулистической клиники проф. Давыдовскаго.

**ДИССЕРТАЦІИ  
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ  
В. Т. ПРАВЧЕНКО.**

Цивилем диссертация, по званію референта, была Профессором  
Л. Г. Давыдовскаго, С. А. Прохорова и приват-доцентъ В. Н. Долганскіа.

С.-ВЕТЕРБУРГЪ.

Типо-Литографія П. Кривоногова, Гаванская ул., № 6.  
1898.

Докторскую Диссертацию доктора Павла Тарасова, Проведена в за-  
казанном: „Влияние водной влаги на развитие и форму гомологиче-  
ского (Cystodites acuminata L.) на кокулярии ресничной оболочки“ вестит  
разрешается, с тем, чтобы по окончании было представлено в Конфе-  
ренцию ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академии 600 экземпляров  
диссертации (25 экземпляров диссертаций и 300 отдельных оттисков  
краткого резюме (выводов) — в Конференцию и 375 экземпляров — в  
академическую библиотеку).

С-Петербург, Сентября 19 дня 1888 года  
Ученый Секретарь, Оудиторский Профессор А. Давид.

I.

Питомь ресничной оболочки находится в такое кокулярии от  
бел. складок оболочки. По своей форме, величии и степени про-  
зрачности пития ресничной оболочки бывают крайне разнообразны и  
смотря по тому же различию различны на зрѣніе, начиная съ более  
или менее сального количества остроты зрѣніе и кончая полной  
потерей его, при чем остаются одни только светящиеся. Во-  
обще же больше или меньше на остроту зрѣніе оказывают кокулярии,  
лежащие ближе къ центру роговицы, они, даже  
будучи не очень прозрачными или даже полупрозрачными, сильно  
показывают остроту зрѣніе. Показание остроты зрѣніе здесь пре-  
ходитъ не только къ силу большей или меньшей непрозрачности  
роговицы, но и къ силу взаимнаго контакта преломленія рес-  
нички въ чистомъ лежащихъ близко другъ отъ друга и чрезъ то  
того, что лучи, проходяще черезъ взаимную роговицу, пре-  
ламываются въ ней крайне неравномерно и даютъ на сетчаткѣ крупн  
сабторжестенія, затрудняющіе ясно изображение. По своему ко-  
личеству относительно слоевъ самой ресничной оболочки кокулярии  
раздѣляются на двоякія (срѣдн) съ сохраненіемъ прозрачности  
въ более глубокихъ слояхъ и на глубокиа, при которыхъ, по  
которымъ авторамъ (Hippel<sup>o</sup>), рубцовое образование захватываетъ  
все толку ресничной оболочки, остаются не тронуты только Десне-  
метову оболочку. По своей непрозрачности эти кокулярии раздѣ-  
ляются на полупрозрачныа, захватывающа только при боковомъ от-  
щепленіи (subsessula), на более непрозрачныа, оболочку, захватыва  
уже при простомъ осмотрѣ (massula) и на малѣе рубцовыа об-



для помутнения (leucoma). Помутнения или пятна роговой оболочки являются результатом различных ее воспалений и чаще всего глаз. Большая роль во возникновении пятен роговицы играет трахома, особенно в рубцовом своем периоде.

На сколько часто встречается у нас в России заболевание роговой оболочки мы можем судить из цифр, полученных, как из данных первоначаль осмотра от иностранных жителей России, так и из отчетов местных врачей, именно: *Вейсс*<sup>2)</sup>—21%, *Гудинь*<sup>1)</sup> 28,3%, *Андольский* 26,4%<sup>2)</sup>, *Гельмгольц* 20%<sup>3)</sup>, *Соловьев* и *Лобанов* 29,3%<sup>2)</sup> всех заболеваний глазами. Средний процент из других русских глазных отрядов 26,6%. Помимо же из этих отчетов, напомним главной особенностью у нас в России заболевание роговой оболочки то своей частой причиной второе место между остальными заболеваниями глаз. Все эти страдания уже, во 1-ю очередь своего характера, как *rachitis, uveitis congenita, keratitis parenchimatosa* и др. отличаются более или менее интенсивными помутнениями роговицы, обуславливающимися в большинстве случаев сильное понижение оптического зренья, а иногда и полную слепоту; кроме того, из этого отнесения играет большую роль бедность населения, почти лишающая необходимой помощи, а также недостаточность врачебного персонала. Много заболеваний протекает без врачебного надзора. На сколько часто заболевание роговицы осложняется стафилом помутнениями ее, можно судить из отчета доктора *Тейлорина*<sup>4)</sup>, где видно, что из 12 случаев заболевания под глазами было 4,289, заболеваний роговицы наблюдали из 2,293 случаев, т. е. 54%. Больше всего встречались впрочем помутнения в области зрачка и имели вид: *macula et tubercula* 178, *leucoma simplex* 47, *leucoma adhaerens* 392, *leucoma totale monocularis* 121 и *leucoma totale utriusque oculi* 15, т. е. из 768 случаев или 33,9% всех заболеваний роговицы.

Что же касается неалбичной слепоты, как результата помутнения роговицы посл. ее заболевания, то у *Соловьева* и *Лобанова*<sup>2)</sup> мы видим, что между большими зарегистрированными неалбично слепыми или 593 случаями по *leucoma* и рубцу роговицы падает 152 (25,6%<sup>2)</sup>, прибавив сюда еще *rachitis totalis* 42, получим очень значительную цифру 194 (32,8%<sup>2)</sup>. У *Гельмгольца*<sup>3)</sup> из 190 неалбично слепых *leucoma tot.* 21 (11,5%<sup>3)</sup> по *Андольскому*, *Белларминому* и *Доллману*<sup>4)</sup> из 3167 случаев из воспаления роговицы 425 (13,4%<sup>4)</sup>, по *Вейссу*<sup>2)</sup> 55 из 188 случаев (29,2%<sup>2)</sup>, *Доллманом*<sup>4)</sup> при исследовании блуждающих зрения слепоты дает следующие цифры: 389 сл. падает на трахому и 274 на страдания роговой оболочки, а всего 663 случая или 28,1% всех неалбично слепых.

## II.

Мы знаем уже общей статистики трахомотных из России на недостаточном сколько бытобы техниче данных по этому вопросу, мы на основании только вышеизложенного можем вывести заключение о том, как сильно развит у нас трахома и как серьезны последствия для больных почти она из себя, если большие потери или лишены возможности единичной помощи. Хотя трахома по своему характеру принадлежат к трудно излечимым болезням, однако же при своевременной помощи как со стороны больного, так и врача всегда имеется возможность излечиться, если не на полное излечение, то во всяком случае на улучшение и значительное сечение. Надлежащую врачебную помощь можно считать до известной степени обеспеченной из виду того, что врач, еще будучи студентом, может ознакомиться прежде со всеми стадиями развития этой болезни, сгруппированной по каждому глазу, увидеть протекание манипуляций при ее лечении и присутствовать такт или иначе подготовленным для борьбы с этой бо-

лбана; большой же, разь отъ находится не далеко отъ ирочевого пункта, можетъ всегда пользоваться амбулаторными лечебнѣхъ, которое во всякомъ случаѣ приноситъ ему пользу.

Когда труднѣе дѣло въ тѣхъ случаяхъ, когда послѣдствіемъ была трахеитъ, такъ и разлѣченнаго другимъ заблѣвѣннѣмъ гласъ, полагается попутнѣннѣ роговой оболочки. Здѣсь часто врачъ остается безсильнымъ, такъ какъ не въ состояніи не только повратить болѣзнену потеряннѣе зрѣніе, но даже помнитъ сколько нибудь его ослоту зрѣніа. Въ такомъ дѣлѣ, обращаясь къ тереннѣ шепельрессовой оболочкѣ, мы видимъ, что разь лѣтѣ уже процудрестовало нѣсколько времени, то оно нѣтъизко (*Ходина*)<sup>1)</sup>; нѣ съущестующа средства, а именно: вѣдонокъ, желтая рутинна мѣхъ, снѣжки касторна, эвандаръ и проч. часто безсилны что нибудь сдѣлать въ случаѣ улучшеннѣ зрѣніа болѣзнену. Лечение съ этой дѣланъ электростроихъ (*Fische*)<sup>2)</sup> не водѣ применимо. Лучшѣе результату дѣлѣтъ прадектомнѣ, но и здѣсь унѣнѣ обоснованъ тѣмъ непривѣннѣмъ требованнѣмъ, чтобы нѣзвестно величина унѣнѣе рѣзняннѣ сохраннѣе прочностѣ, если же при обнѣрнѣхъ рѣзняннѣ лѣтѣ прадектомнѣ невозможно, то въ такомъ случаѣ «ничего нельзя дѣлать» (*Ходина*)<sup>3)</sup>. Промоуденнѣе туттурсоа роговой оболочкѣ прѣобрѣтѣе лѣтѣе право гражданнѣе только съ исключеннѣею цѣлю, унѣнѣ же онъ съ ослотеннѣею цѣлю, т. е. при нѣуаророчннѣхъ попутнѣннѣхъ, въ постановкѣ и днѣ рѣзняннѣ въ томъ случаѣ безусловно необходимо, чтобы попутнѣннѣе нѣкрывало не болѣе половины трахнѣеаго отверстнѣа. (*Wecker*<sup>4)</sup>, *Hirschberg*<sup>5)</sup>). Нельзя не упомянуть о способѣ леченнѣ лѣтѣе по методу *Hippella*, нѣтѣею состоятъ, какъ извѣстно, въ трѣпаннѣи верннѣхъ слезнѣ рессовой оболочкѣ и переводѣ въ это хлѣе здоровой роговой оболочкѣ прнзмѣнѣ. Если уже процудрестовало прадектомнѣ, собственно говоря, нѣзлѣзлнѣе операціа, требуетъ отъ врача нѣзлѣзлнѣе терпѣннѣи и должно быть обѣснѣзлнѣею ослѣдствнѣеннѣе требованнѣмъ современной хирургнѣ, то терпѣннѣа про-

нѣзлѣзлнѣе операціа по Гиппелю является болѣе всего прѣднѣе даже съ техническоа стороны дѣланъ немѣа трудннѣе. Не говоря уже о томъ, что результату такой операціа, какъ по заключеннѣею снѣеа автора этого метода, такъ и по заключеннѣею другнѣхъ врачѣ (*C. Fröhlich*,<sup>1)</sup> *O. Tansley*<sup>2)</sup>) получаются дѣланъ нѣуспѣннѣе телннѣа: болѣею часто пересаживая роговнѣа купнѣеа и снѣднѣеа телннѣеа, не получаются ннѣзлѣеаго унѣнѣеннѣе зрѣніа (*Hippel'a* изъ 8 случаевъ 4 удачныхъ, у *Fröhlich'a* изъ двухъ изъ одного удачнаго). Въ случаѣ этого обстоятелнѣеа врачъ вынужденъ не останавливаться на этомъ методѣ, а дѣлать дальнѣннѣе пошнѣннѣе въ этомъ направленнѣи. *Cole*<sup>3)</sup> сдѣлалъ пошнѣннѣе передачу всей рессннѣе съ трѣпанннѣи лѣзкутнѣаи нѣзлѣзлнѣеа, желатины кадѣ прѣнѣрнѣеннѣе прѣнѣннѣе мнѣнѣа. Крохѣ того, въ снѣе послѣднѣе время прѣнѣводнѣа снѣа такъ не ннѣннѣеннѣе Гиппелю трѣпаннѣею прѣнѣрнѣеннѣею частѣ роговой оболочкѣ со нѣзлѣзлнѣеаго въ хлѣе удаленнѣе роговнѣаи пластннѣе изъ цѣлнѣеаго, вдѣннѣеннѣе въ нѣзлѣзлнѣеае нѣзлѣеа, нѣзлѣзлнѣеа по снѣе перифернѣа зрѣнннѣаи: дѣннѣе отъ посредствѣею ослѣаго нѣзлѣннѣеа нѣзлѣннѣеа въ роговнѣу и такнѣа образомъ клѣннѣеае дернѣеа. (*Dünner, Шредеръ*)<sup>4)</sup>. Въ нѣзлѣннѣе зрѣннѣа нѣтъ снѣе сообщеннѣе о томъ, какъ долго такнѣа образомъ нѣзлѣннѣеа пластннѣа цѣлнѣеаго дернѣеа, но уже теоретнѣеаи рѣзкутнѣа, трудно допустить, чтобы клѣннѣеа, нѣзлѣеа поперечннѣеа тѣлннѣа и выходя въ роговнѣу, нѣзлѣеа съ другнѣа прѣнѣннѣеахъ сторонъ, могла останѣа не нѣтѣрѣа и нѣзлѣннѣеа зрѣннѣа въ прѣдлѣзлнѣеае время, со стороны же клѣннѣа мы нѣзлѣеа по этому поводу сообщеннѣа, хотя и нѣзлѣеаа однѣннѣеае значеннѣе, однако снѣднѣеателнѣеающа въ пользу того, что такнѣа образомъ нѣзлѣа поставленнѣе зрѣннѣа не нѣзлѣеа, а лишь въ нѣзлѣднѣеахъ терннѣахъ процудрестовѣае время. Въ нѣзлѣннѣе зрѣннѣа нѣзлѣеа указаннѣа на то, что пластннѣа изъ цѣлнѣеаго обнѣрнѣеахъ нѣзлѣннѣеае дѣлѣннѣеае нѣзлѣеа, дѣннѣеа онъ нѣзлѣеа прѣнѣннѣеахъ зрѣннѣа отъ этого слѣзѣа роговнѣу, а потому прѣнѣднѣеа изъ зрѣннѣа отъ





Эфирное масло, получаемое из ароматической гвоздики почти почти является гвоздичного масла (*Oleum Caryophyllatum*), следовательно оно безразлично или слабо совместимо с характеристичными запахами гвоздики, жгучего перца, слабо-жирной резинки (А. Нусеманн, А. Нилгер и Теодор Нусеманн <sup>21</sup>), оно остается жидким еще при  $-25^{\circ}$ , его уд. в. 1,04—1,06. Поэтому, оно приобретает коричневатую окраску и делается несколько гуще. Гвоздичное масло есть, главным образом, смесь эфирного и углекислого—сесквитерпена  $C_{15}H_{24}$  с эфиром, по оптике не отличающимся гвоздику запахом, уд. в. его 0,913 при  $15^{\circ}$ , точка кипения находится приблизительно около  $255^{\circ}$ ; придает широкую полярную область дуги криво (Калланга <sup>22</sup>), легче эфиром и при перемешивании с водными растворами растворяется в воде, между тем как эфиром тонет в воде. В воде совсем не растворяется.

Эфирное есть чистое, безразличное, напоминающее по своему запаху и жгучему вкусу гвоздику, масло; уд. в. его 1,048—1,079 (по Осегу 1,08 при  $8^{\circ}$ ) кипит при  $242^{\circ}$  (по Осегу при  $251^{\circ}$ , по Вокерману при  $247^{\circ}$ ). Открыты впервые Вокерманом эфирное масло *Caryophyllus aromaticus* L. seu *Eugenia caryophyllata* Thunberg, позднее было получено и из других растений семейства Lauraceae, как то: из эфирного масла листьев *Cinnamomum ceylanicum* (Сингера), из масла дерева *Laurus nobilis* L. (Галлота), также из гвоздичного масла *Dicypellum caryophyllatum* и из *Ravensara aromatica* (А. Нусеманн, А. Нилгер и Теодор Нусеманн <sup>23</sup>). Ввиду сложности строения, особенно планетных, разветвленных иди хлороформных остатков эфирного, химическая формула его еще не вполне установлена. Зашифрованная формула его  $C_{15}H_{24}O_2$ , эфиром есть хлороформный эфир формулы  $C_8H_{16}O_2$ , а именно — это  $p$ -метил- $n$ -метоксибензол с формулой

$$C_6H_5 - \begin{cases} \text{CH}_2 - \text{CH} - \text{CH}_3 & (1) \\ \text{OCH}_3 - & (2) \\ \text{OH} - & (4) \end{cases}$$

В воде он трудно растворяется, легко

растворяется в спирте, эфире, в нефтяном эфире и в крупной углеродной кислоте (Нусеманн <sup>24</sup>). Какъ фенол эфиром дает с бромом целочные и с целочными щелочами окислительные соединения, но прочими в легке разлагающийся под влиянием слабых кислот и даже  $CO_2$  воздуха. Это его свойства, т. е. способность эфиром соединяться с целочными солями, и послужило причиной того, что онъ вытеснял прежде гвоздичной кислотой и окислен с карболовой кислотой или с фенолом.

Реакция эфиром слабо кислая, при нагревании онъ становится коричневым; поддается как гвоздичного масла путем обработки этого последнего спиртом сильной кислоты, а потом спиртом или фенольной кислотой (Эллимант).

Эфиром встречается еще и в других эфирных маслах: в *oleum Pimentae* (от *Pimenta officinalis* Lin.), *oleum Bay* (*Pimenta acris* Wight), в *oleum Ceticis Massoy* (*Cinnamomum Tanis*). Встречается в некоторых случаях и в *oleum Cinnamomi Ceylanici* и в *oleum Sassafras*. (Калланга <sup>25</sup>).

Кроме этих двух главных составных частей гвоздичного масла, в нем найдены еще и другие эфирные вещества, как то: Эвентик —  $C_{15}H_{24}O_2$ , изомер эфиром (Дам, Либих, Вокерман) и Карифолиин —  $C_{15}H_{24}O_2$  (Ладбергер, Кеттер, Вокерман).

Гвоздичное масло, употребляемое в торговле и употребляемое для приготовления лекарственных препаратов, вероятно для лучшего употребления из-за того, что оно почти всегда фальсифицировано подделкой эфирного масла или маслом из коры дерева, содержащее в себе эфиром (Ногер <sup>26</sup>). Кроме того для этой же цели употребляется: масло, получаемое из сесквитерпеновой гвоздики, отличающееся мягче тонким запахом (Калланга <sup>27</sup>), следовательно и парафинное масло. Хотя и есть реакция для определения чистоты гвоздичного масла, но лучше всего употребить аналитическое лабораториями путем масла из



Для получения итакими и поступаля следующим образом: из небольшого фарфорового стакана я вымываю порошок глюкозы и кь нему прибавляю дистиллированной воды в пропорции 1:15, даю кипеть 5 минут, а распарить его въ стаканѣ въ продолженіи 3—4 минуты в фарфоровомъ черезъ складчатый бумажный фильтр. Получалась темно-бурая жидкость съ характернымъ запахомъ глюкозы, жгучаго вкуса, ограничиваемаго слабымъ жемчужнымъ буклагомъ въ холодной кислотѣ. Жидкость на своей поверхности имѣла легкую окисленіемъ. На бумажномъ же фильтре оставался кашеобразная масса темно-бурого цвѣта безъ запаха и почти безъ вкуса. Полученную такимъ образомъ жидкость вымѣрять я въ вывѣшенку и прибавить какъ будетъ описано ниже.

Желаю убедиться, входить ли находящаяся въ немъ изъ эфирное масло въ полученную жидкость, я производилъ переносу ея при помощи содѣйствія доктора Прѣва въ лабораторіи профессора Дювона. Для этого было взято много бѣлаго количества корня глюкозы, именно, 55 grm. и разбавило 825 с. стм. дистиллированной воды при комнатной  $1^{\circ}$ , все это черезъ 5 минутъ было распарено въ стаканѣ и отфильтровано черезъ бумажный складчатый фильтр. Въ фарфурѣ оказалась жидкость совершенно подобная полученной мною раньше въ количествѣ 750 с. стм. Выше изъ этой жидкости 200 с. стм., а поднесъ ея перегнать.

Съ переносу же каленыи воды, выведенныи изъ соединенія въ промѣнѣ, началъ переходить кашеобразная жидкость, а на стальной трубѣ халедальнаго образовалась малая масса. Переносъ продолжался до тѣхъ поръ, пока не начали получаться въ перегонныхъ аппаратахъ едкіи пары. При этомъ выдѣлялось, что перегонному аппарату, какъ исключеній уа. в, малые воды, образцы углекислорода, какъ исключеній уа. в, малые воды, образцы изъ бѣлой соли, а также выдѣленіе паровъ воды, а образцы, какъ бѣлая таковая, выдѣленіи въ водѣ в образцы бѣлой соли. Въ водѣ, откуда перегонялось, осталось темнобурое жидкость съ

запахомъ прямого эфира но прибавивъ съ глюкозой, въ прирѣнокъ же получался 66 с. стм. бѣлой жидкости, жгучаго вкуса съ слабымъ запахомъ глюкозы. При разбавленіи дистиллированной водой до первоначальнаго количества, т. е. до 200 с. стм., получалась кустоватая, похожая на мушкетерскую жидкость, кислой реакціи, съ запахомъ глюкозы.

Къ выдѣленію недостаточнаго времени не позволяю мнѣ промѣнѣ точный количественный анализъ этой жидкости.

## IV.

## Качественныя наблюденія.

Съ целью изучить вѣрнѣе съ тѣмъ выдѣленіи терпентина свое каліеи одной выдѣленія глюкозы на полученія роговой оболочки, я испытывалъ это средство на амбулаторныхъ больныхъ, что, конечно, не могло не вызвать на точность какъ регистраціи больныхъ, такъ и на правильность выдѣленія ихъ исторій болѣзни. Въ некоторыхъ случаяхъ нельзя было добиться произвольныхъ ежедневныхъ выдѣленій каліеи. Большинство моихъ больныхъ было изъ низшаго сословія и при томъ иностранцы, а потому ивѣроятно случалось приносить потерю въ силу того, что болѣе, получивъ улучшение дѣланіи и не будучи въ состояніи по той или другой причинѣ продолжать продолжительное время въ городѣ, уѣзжали раньше чѣмъ улучшение острои ихъ дѣланіи могло быть точно констатировано.

Всего продолжившихъ мною болѣе или менѣе продолжительное время было 42 человека, изъ коихъ 26 человекъ было выдѣлено изъ клиники профессора Л. Г. Валларинкова, въ Петербургѣ. Это были, главнымъ образомъ, принадлежнѣ бѣлыи этой клиники,

любезия предоставлены мне ассистентом клиники доктором Васильем Семёновичем Давыдовым, которому выказываю за это мою признательность, два случая были из Окулевичевской клиники Валье в один — из Георгиевской общины. Остальные 16 случаев были под моим наблюдением во время моего ухода из главной страды из г. Великий Устюжской губернии. Из Великий Устюжской было бы зарегистрировано гораздо больше больных, если бы, во 1-ю, время работы страды не оказалось съезженными полных работ у крестьян, а во 2-ю, если бы дальнейшее развитие из самостоятельна отъезда работи страды не являла или или чаще являлись для осмотра и определения изъ отстрем зривия или оставались болше под непрерывным наблюдением.

У 26 человек, лечившихся из Петербурга, было подтверждено дѣйствию водной вытяжки гвадани 40 человек, такъ какъ у 14 изъ нихъ была лечени розовица обоехъ глазъ, а у остальныхъ 12 по одной розовицѣ, у 16 человекъ, оставшихся из г. Великий, было лечено 22 розовицы, причёмъ у 6 человекъ обѣ розовицы, у 10 же — по одной розовицѣ. Всего жиб удалось подтвердить наблюдению за это время 62 розовицы, подтвердившихся однихъ разнобразныхъ формахъ конъюнктивитъ, начиная изъ обыкновенныхъ конъюнктивитовъ, кончая *leucema totale*.

Во этихъ случаяхъ, когда конъюнктивитъ былъ на обоехъ розовицахъ, приёмы водной вытяжки гвадани начинались по одной глазу, второй же глазъ подвергался дѣйствию вытяжки только тогда, когда наблюдение первого глаза давало возможность судить о томъ, что вытяжка хорошо переносится.

Такъ какъ приходящие болше представляли собой материальн случайныхъ, то за этою промежутокъ времени принялъ подтвердить лечение не однимъ какой нибудь определённый изъ конъюнктивитъ розовицы, а всевозможные ихъ виды, какъ по дѣйствию существовали ихъ, такъ и по степени сложности или отстрем зрив-

ния. При этомъ соблюдалось одно только условіе, а именно чтобы не было острыхъ измѣненій со стороны передняго отдрма глаза. Это условіе соблюдалось въ силу того, что, во 1-ю, водная вытяжка гвадани дѣйствуетъ сама по себѣ раздражающе, а во 2-ю потому что приёмыная изъ одной изъ первыхъ случаевъ при частыхъ изломахъ, гдѣ оставались еще зоты и очень слабо выраженными измѣненіями раздраженія, они вызвали не только усиленіе измѣненій раздраженія, но даже гуроріон — измѣненій во терии сетки. Хотя со стороны конъюнктивитъ приёмахъ гдѣе жолотельныхъ измѣненія, но приёмыная этого средства было оставлено в болшей мерѣ, некоторый промежутокъ времени была подвергнута операциямъ предельной, доводя эту измѣненіемъ улучшение зривия.

Изъ 62 случаевъ конъюнктивитъ розовицы 31 принадлежалъ разнороднымъ фармакогеннымъ леченіемъ, т. е. стрептококк желтой жиб, приёмыной гвадани и т. п. безъ измѣненія улучшения зривия, остальные же 31 случай болъ не лечились отъ конъюнктивитъ розовицы.

По возрасту болше захватываютъ вѣковы отъ 6-ти лѣтъ до 60, при чемъ болше всего болше были въ вѣковѣ отъ 11—20 лѣтъ, а всего 17 человекъ.

По дѣйствию существованія конъюнктивитъ розовицы случаи жолуть быть распределены такъ образомъ:

Время существованія . . . . .	2 ж.	3 ж.	4 ж.	7 ж.	8 ж.	9 ж.	11 ж.	2 ж.	1 ж.
Число конъюнктивитъ . . . . .	2	3	3	1	1	1	1	10	12

Время существованія . . . . .	4 ж.	5 ж.	7 ж.	8 ж.	10 ж.	12 ж.	13 ж.	11 ж.	15 ж.	10 ж.
Число конъюнктивитъ . . . . .	2	3	3	4	5	1	3	2	3	2



Помутнение роговицы по своей интенсивности и по глубине слоев роговицы, заключающихся помутнениями, могут быть распределены на следующие группы:

Macula cornea post. phlycten . . . . .	1
Macula cor. dif. post morbilli . . . . .	2
Macula cor. dif. post variola . . . . .	2
Macula cor. dif. . . . .	33
Leucoma post kerat. parenchimatosa . . . . .	2
Leucoma part. traumat . . . . .	2
Leucoma part. simpl. . . . .	8
Leucoma adhaer. part . . . . .	4
Leucoma adhaer. tot . . . . .	4
Pannus chronicus . . . . .	2
Xerosis cor. superficial . . . . .	2
<hr/>	
Итого . . . . .	62

Эпидемиологический момент некоторых заболеваний роговицы указать уже на предыдущей таблице, кроме того 16 случаев macula cor. dif., 6 случаев leucoma part. и два случая leucom. adh. part. можно отнести к тропикам, так как при этом виднее резко выраженное влияние перерождения слезной оболочки глаза после тропики. Один случай leucoma adh. totale был тоже безероидного заболевания глаза, другой случай leucoma adher. total. должен быть отнесен к ушной слезе нестью. Два случая xerosis cor. superfic. можно отнести, на основании эпидемиологических данных, к не совсем удачно проведенной операции по Flare'у на обоих глазах ребенка, так как при этом получился довольно большой дефект на средней половине глаза и слезные железы не могли быть вполне закрыты.

В остальных 25 случаях трудно указать какойнибудь эпидемиологический момент как за данными страданий, так и на основании

наши отсречены кактус либо обматывались данными, позволяющими категорически указать эпидемиологический момент.

В первой половине того числа случаев, которые наблюдались в Петербурге, я, предварительно ознакомившись с глазными, ссылавшись одной изглазкой сведения посредством тонкой выемной иглы, только выраженные слезы роговицы. Такие слезы выемной иглой 2—3 раза за один прием с 5 и 10 минутными промежутками между ними. Основным слезившимся повторным по возможности сведено. При хронической воспалении глаза слезивание получалось безболезненное, в тех же случаях, где слезивание производилось без предварительной коагуляции, бол. получалась довольно остра, продолжалась 2—3 секунды. Многие из этих больных, подвергавшихся роговичному слезиванию и видению кувороном, за все время, пока бол. сильно и мучительно, заявили, что бол. при слезивании одной изглазкой гораздо меньше, а самое главное, стерильное. Почти все больные очень скоро слезились с большим количеством от одной изглазкой сведения и некоторые из них прямо меня просили не употреблять коагулянт, в том же убеждении, что тогда выемка лучше подвигается. Безболезненно особенно первое слезивание, последующие же были либо болезненными, кроме тех случаев, когда выемка лучше подвигается.

Между первыми выемками после слезивания надо отметить довольно большой процент выпадения слезного эпителия и слезной периферической эпителии, тоже скоро пропадавших, позволяя слезиваться свободно, проводящих в толщину роговицы от ее края к помутнению, особенно если помутнение было частичное и занимало слезу, лежащую к периферии от центра, и которую возможности помутнения: повторность его была как бы изобилием. Ведь и при помутнении выемками, оно становится сносным, как бы пабушим.

При частичных, стрижки, толщину роговицы для досадно чрез избыточно слезивание (как это было в первом, двенадцати-

томъ и пятидесятомъ случаяхъ помѣщенной ниже таблицѣ) даже до отпаденія поврежденной части пораженной роговицы, при чемъ оставался дефектъ, дномъ котораго служили мѣткіе эпителии, гдѣ-то лежаще сзади роговицы. Въ началѣ такого явленія слезничная пн. мѣсть случалась въ некоторую время превращалась и въ скоромъ времени дефектъ, выходящій при чемъ, обыкновенно было толще и приобретало желтую или зеленоватую окраску. Второе случай той же таблицѣ, а именно leucoma adhaer. totale post blepharoplastia интересна уже потому, что больной очень раннюю время леченія былъ снабженъ двумя большими клинныя, следовательно, мѣстъ быть просѣканы также другія случай, а также и тѣмъ, что помутнѣніе занимало почти всю рогову оболочку. Въ скоромъ численности его лезлѣ записано: „Лѣва роговица въ рубцовъ перерожденіи, передняя камера отсутствующа въ связи съ новою пупкомъ. Передній отдѣлъ лѣваго глазного яблока атрофированъ. Зрѣніе на этомъ глазу отсутствующе, замѣчается только двоякое зрѣніе“. Такое перожденіе роговицы явилось результатомъ блефаропластики въ связи съ глазомъ, бывающаго у больного въ мѣ мѣсяцѣ 1898 года и сопровождающаго, по словамъ больного, продолжительнаго роговой оболочки и выходящаго радужной. Помутнѣніе роговицы было такъ обширно и интенсивно, что о границѣ радужной оболочки съ роговицей можно было говорить только въ одну такъ рѣзко выраженною границей передній камерѣ. Больному оставалось только постъ ранней превращенія отростокъ пупка въ первомъ глазу производило титрированъ съ респираторной пилы, что ему и было назначено профессоромъ Леонидомъ Германовичемъ. Больной спохватился. По желанію больного и съ одобреніемъ разрѣшеніемъ Леонидъ Германовичъ Беллинковскій началъ и былъ подвергнутъ слезничную водной вытяжкой съединки посредствомъ носовой полости. Лечение начато 27 декабря 1897 года, слезничная производилась ежедневно, вѣдломъ „друзъ вѣдломъ производилъ, когда больной ѣдломъ изъ своей пупка, для того чтобы

получить возможность опять пройти продолжительное время въ Петербургѣ. По возвращеніи своемъ отъ бытъ не дано изъ клиники, а былъ амбулаторному больному. Подъ клиническ леченія явилось просѣкание роговицы, начиная съ периферіи и постепенное восстановление передній камерѣ. 1898 году 26 февраля при новомъ приѣздѣ его въ клинику въ оториѣ бытъ бытъ назначено „въ лѣваго роговицы въ центрѣ находится аблако рубцовое пятно, закрывающее зрачокъ. Никакія край радужной оболочки притуплены въ помутнѣнію роговицы. Передняя камера мала“. 2-го марта профессоромъ Германовичемъ съдана операция: протоміи. Coloboma iridis образована сверху и снизу. Черезъ вѣдломъ верста дринѣ на этомъ глазу— $\frac{1}{2000}$ , а въ 20-го марта  $\frac{1}{1000}$ . 21-го марта профессоромъ Беллинковскимъ больному была съдана титрированъ на лѣваго роговицы, при чемъ leucoma выкалѣсь отъ той толщой и рѣзкой. Больной уѣхалъ съ дринѣмъ на этомъ глазу  $\frac{1}{2000}$  и съ глазомъ почти неизмѣнившимся по виду отъ другою нормального глаза.

Уже на этомъ больному мѣстъ пришлось убраться изъ амбулаторіи дѣлать водной вытяжкой съединки какъ при мутности ее клинику въ связи съ жизнью, такъ и при непосредственною слезничной въ помутнѣніи; при чемъ нельзя не отметить того, что при первомъ способѣ слезничная дѣлать мѣстакъ обнруживалась релаксация и бытъ, чѣмъ при второмъ. Это обстоятельство можно постытъ въ зависимость отъ одновременнаго дѣлать вытяжкой на всю роговицу. Поэтому я и перешелъ къ первому способу приѣзда, такъ что всѣ случай зарегистрированные мною въ с. Вѣдломъ, т. е. отъ 26 случая и кончатъ 42, лечились по этому способу. Получилось замѣчательное улучшение клинической какъ для врачъ, такъ и для больного.

Въ ожиданіи и дѣлѣ принялъ мѣстѣ для съ неудобствомъ работѣ надъ амбулаторіи больными. Это неудобство было еще увеличено тѣмъ, что больные были почти исключительно изъ бѣднаго





№	Форма пострепной.	Нормальное зрение.	Зрение во время болезни.
32	спр. Мс. с. d.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$	$\frac{1}{100} \times \frac{1}{100}$
	зпа. Мс. с. d.	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{100}$
33	зпа. Мс. с. d. centr.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$
34	спр. Мс. с. d.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$
	зпа. Мс. с. d.	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{100}$ во время.
35	спр. Мс. с. d. strabiz.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$ во время стр. с. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$
	зпа. Мс. с. d.	$\frac{1}{100}$	$\frac{1}{100} \times \frac{1}{100}$
36	спр. Мс. с. d. centr.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$
37	спр. leucom. orb. centr.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$ обескуражено	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$ видеть глаза себя и видеть вдали зреть.
	зпа. leucom. orb. centr.	обескуражено	
38	спр. Мс. с. d. d.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$ зреть из глазницы.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100} \times \frac{1}{100}$ № 125 $\frac{1}{100}$
	зпа. Дирокс.	$\frac{1}{100}$ № 2. 0. X = $\frac{1}{100}$	
39	зпа. leu. part.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100} \times \frac{1}{2} \times \frac{1}{100} \times \frac{1}{100}$
40	зпа. Мс. с. centr.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$ во время.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$
41	зпа. Мс. с. centr.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$
42	спр. Ракко ch.	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$	$\frac{1}{2} \times \frac{1}{100}$ без зрения.
	зпа. Ракко ch.	$\frac{1}{100}$	Во время.

Разсмотрев из этой таблицы числа поминения остроты зрения, мы увидим, что из числа поминаний случается только при херосии орго. стрепбе. приближение водной влаги гноидна остаток оветка без результата, но если таки эти гноидна могли обусловливаться тем, что причина заболевания лежала из перво способности закрывать глазную щель, которая не могла быть восстановлена обратными способам. Хотя из числа 42-х случаев, зарегистрированных из выше приведенной таблицы под диагнозом Rannus chronicus, тоже не получено зрания, но из виду того, что абсолютное зрание было восстановлено при том же раниус chronicus из № 1 такой таблицы, мы можем допустить, что причина дель зрения отя кратковременности жизни этой формы конутика ресницы, что и показано из приведенной таблицы.

Несомненно поминание остроты зрения из 12-х случаев было обусловлено тем, что зреть прощ херосии orb. part. исключать еще и причину катаркта, вызванного зранием остроты и зрания сама по себе поминать зрание до обескураженя. Так как со стороны лобкови прощали желтовыми помин, то собственно, по нашему мнению, надо сделать еще исключение исторати для поминания зрания из этого числа.

Во время же остальных случаях можно было так или иначе заметить поминание остроты зрения. Замечание для большего поминание остроты зрения наступало обыкновенно через неделю или две недели, тогда же прощ или поминание большее поминание уже обыкновенно убавляется из поминания зрания.

## У.

## Экспериментальные исследования.

Получив из химического материала данные спектрометрирования из волны зрания зрания поминание химический дельния водной





и у одного кролика. Через три месяца убить кролика, который очень поверхностно попутывал, и которого перед вскрытием объективно на обок глаза желая было захватить попутывал.

Глаз уже убитого кролика фиксировали мукарроном. Затем каждый глаз разрезали на сагиттальном направлении на два равных части таким образом, что в одной половине оставались все роговицы и склеры, а в другой половине оставались все роговицы и склеры с увеличенным участком склеры. После этого для переднего сегмента глаза осторожно удаляли хрусталик, а роговицы фиксировали в различных жидкостях, а именно: в абсолютном спирте, в пестиковой жидкости, в Миллеринской и Фелингеновской жидкостях. Я не считал необходимым разрезать роговицу с захватываемой в ней попутывкой на абсолютные части для того, чтобы каждую такую часть фиксировать отдельно в каждой из названных жидкостей, кроме того, сделать параллельную фиксацию частей одной и той же роговицы. Этого я не делала на том основании, что фиксация роговицы возможна лишь в последствии приготовить срез из любой ее части, а так как и в абсолютном спирте попутывал, и створе роговицы, а самый вид животных был во всех случаях совершенно одинаков, то фиксировать отдельно части одной и той же роговицы так было не было никакой необходимости. Роговицы во всех этих случаях из оснований гистологически выделенных были выделены по характеру процесса, отличавшего лишь его интенсивность. Фиксация производилась по обычному правилу гистологической техники.

Съ той целью, чтобы концентрировать внимание на роговице, которая проходит точкой после прижатия, и желая иметь в складываемой надъ: у одного из кроликов, сделав прижатия по возможности одинаковой силы и времени, другой глаз тотчас же мукарроном и подвергнул воздействию в спирте пестиковой жидкости для получения из него срезов, в процесс же оставленного глазу съ темным временем, т. е. через 4—5 дней, обра-

ботила дефекты из ткани роговицы съ выходящим глубоко лежащим слоем роговицы, данной после этого удаления частичную ленту.

После фиксации роговицы заключались в целлофане обильным путем, а за тем при помощи микротома разрезались на срезы. Срезы эти перед окрашиванием были предварительно выложены целлофаном. Окразка производилась во всех случаях после фиксации роговицы в спирте, срезам и Миллеринской жидкости однократно. Во этих случаях из частей ядерной протоплазмы и коллоидов гематоксином, приготавливаемом по способу *Delefield'a* и *Woods'a*. После гематоксином срезам окрашивалась их основательно спирте, который обильно из выдвигался увеличенным количеством воды, а за тем срезам окрашивались слабым азюлово-голубым раствором розина как дополнительной краской. Обескрасившие и промывшиеся в карболовом масле, срезам заключались в канадский балластик, после чего уже подвергались микроскопическому анализу.

Во внимание гистологической картины так выделенной, которая происходит из роговицы точкой после прижатия, в то время, когда уже можно было определенно констатировать существование попутывки и, наконец, в различные периоды жизни этих попутывки водой выделенной приготавливать пометку следов, а буду срезам из выдвигать, что быстрая ядерная работа была определенно так увеличена, которое можно констатировать клинически и во живых людях, как объективно, так и субъективно.

Патологическая анатомия попутывки роговицы особенно во время прижатия достаточно важна и лишь остается съ своей работой оставаться лишь на том процесс, который происходит при прижатии попутывки. При микроскопическом исследовании роговицы точкой после должно первоначально прижатия ее оказывается, что концентрированный материал весь выделенный из вы-





Итак, эмбриональные изменения в тканях попутчатых при дѣйствіи на нихъ одной изъ причинъ генезиса, состояли изъ слѣдующихъ: прежде всего контуры тканей попутчатой дѣлались больше рельефными, возникли попутчатой спонгиозная масса, попутчатая масса будто возвышалась надъ уровнемъ нормальной роговицы на ряду съ этимъ блѣвнатыя края округлялись и больше изогнутой, въ нихъ, какъ это было сказано выше, возникали прозрачные прозрачной ткани между двумя непрозрачными участками попутчатой.

Гистологическая картина этого процесса резко отличалась отъ нормальной картины здоровыхъ попутчатой, но прежде чѣмъ говорить о ней, я скажу лишь только слова вообще о возникновеніи дефекта, образованнаго изъ ткани роговицы.

Картина возникновенія дефекта ткани роговицы изучалась многими авторами экспериментальнымъ путемъ на животныхъ, у которыхъ дефекты эти возникали различными способами.

Важна потеря вещества стroma выволакиваетъ рубчатой тканью, образование которой начинается у краевъ и въ дѣлѣ шши. Ткань роговицы при этомъ увеличивается особенно и даже перерастаетъ, потому что переходитъ изъ роговицы путемъ дѣленія и образуетъ вследствие этого ткань, которая служитъ въ началѣ разграничивающей частей. (Weisselbaum<sup>21</sup>). Исследования Donders'a<sup>22</sup>, сдѣланными на роговицахъ собакъ, показали, что возникновеніе дефекта происходитъ послѣднее, вѣдѣ за закрытіемъ дефекта слоемъ эпителиа и именно ближе къ этому послѣдному слою должны быть рассмотрены какъ самое позднее возобновленіе слоа. Закрытіе дефекта слоемъ эпителиа раньше выволакиваетъ его возобновленіемъ тканью и обуславливаетъ возникновеніе фиброзъ за поверхностью роговицы, наблюдаемыхъ при возникновеніи ее края. Reich<sup>23</sup> кроетъ этого заключаетъ, что образованіе закрывающей дефекты ткани шло такъ образомъ, что въ началѣ дефектъ выволакиваетъ слезой, а потомъ все медленно и что закрывающая ткань отличается отъ нормальной ткани роговицы тѣмъ, что она содержитъ больше этой послѣдней

клеточныхъ элементовъ, изъ ней захватываютъ особенно прозрачную распредѣленія нормальныхъ волоконъ роговицы. Съ теченіемъ времени возобновленная рубчатая ткань не много больше приближается къ нормальной структурѣ роговой оболочки. При этомъ прозрачность ее увеличивается и замѣняется „прозрачными“ рубца (Fuchs<sup>11</sup>). Въ периодъ возникновенія дефекта образовывается сосуды, циркулирующія въ краяхъ роговицы и проходящіе въ больше непрозрачныхъ слояхъ роговой оболочки, кроетъ того замѣняется возникновеніемъ издѣланныхъ клеточекъ, расположенныхъ надъ сосудами, которые въ свое время развиваются непрозрачные попутчатой, какъ это описалъ Ritter<sup>24</sup> и Schaeffer<sup>25</sup>. Невольно образованіе сосудовъ является результатомъ изъ периода возникновенія рубчатой тканью дефекта роговой оболочки въ томъ отношеніи, что они способствуютъ лучшему, больше изрѣченному образованию рубчатой ткани, но столько же какъ существованіе же возникновенія дефекта является не желательнымъ, ибо они служатъ препятствіемъ въ дѣлѣ случаевъ выволакиваются о большей стойкости попутчатой. Обыкновенно же сосуды въ периодъ возникновенія дефекта облитерируются, стѣнки ихъ сдвигаются, въ редкихъ случаяхъ сохраняются или перестраиваются и выдѣляются прозрачной тканью. Важно, то въ рубцѣ возникновенія желтыхъ сосудовъ, то въ фиброзѣ возникновенія возникновенія между собой въ соединительной ткани является выволакиваетъ (Wall and Bock<sup>26</sup>).

Значеніе возникающей возникновенія шши лежитъ непрозрачными рубцами прямо на вновь образованной рубчатой ткани, такъ какъ возникновенія оболочки не можетъ выдѣлиться. Въ возникновенія случаяхъ развитія рубчатой ткани переходить за границы дефекта и тогда она за краями движется между эпителиа и возникновенія оболочкой. (Graefe<sup>27</sup>).

Во случаяхъ же, гдѣ развитіе ткани доходитъ до Descemetовой оболочки, послѣдняя въ силу своей большей способности сопротивляться процессу развитія, въ однихъ случаяхъ сохраняетъ

и, вычитывая под влиянием внутреннего давления, дает начало образованию того, что носит название глянц роговой оболочки (Kernscheibe). В этих случаях образование глянца и соединительной ткани происходит по направлению, так как Десметова оболочка при своем вычитывании приводит к глянцу сопряженно с краем ямки (Wecker 20). В других случаях разрывные вычитывания и Десметовому оболочку, происходит ее перфорация и тогда, при извлечении такой ямки, как это описали *Milbner* и *Arb* (21), края разорванной оболочки, заворачиваются вперед и глянцу сопряженно своим краем, образуют как бы временную пробку. По извлечении такого рода ямки получается с внутренней (задней) стороны роговой оболочки порошка вздутия из вывернутой ее ткани.

Если же перфорация роговой оболочки происходит не из центра, а ближе к ее периферии, то в таких случаях получается образование радужной оболочки из роговицы с последующим ее сращиванием. По извлечении в этих случаях получается *leucoma adhaerens*. Смотря по месту образования перфорации, а также и по ее величине сращивание радужной оболочки с роговой бывает крайне разнообразно. В таких случаях глянц бывает очень большим и тогда во взаимоотношении передней камеры, такой камере, извлекается, еще больше истончается и тонкая оболочка заднего янтаря, как и движение янтаря, так и во взаимоотношении внутреннего давления. В других случаях частотой сращивания формы роговой камеры выдвигается, извлекается и истончается его, смотря потому какой край его и во каком направлении выдвигается из образования соединительной ткани. При центральном извлечении роговой край все прострелить из задней периферии и тогда получается большая камера с полным отсутствием янтаря. Чем на большее расстояние и ближе к центру сращивание радужной оболочки с роговой, тем больше отсутствуют в этом месте Десметова оболочка. При еще больше разрушения роговицы может образоваться сращивание ра-

дужкой оболочки на большее расстояние и образование внутреннего давления из силу сдвигания, а иногда и полного изгнания Фогтара пространства; такая оболочка может превратиться из центральную или тотальную стафиому, острую или очень толстую или хроническую и рубцовой ткани. Десметова оболочка в таких случаях почти всегда отсутствует (Wecker 24).

Элементарный тканевый состав простой стеной оболочки, сформированной, извлекается глянцем тремя видами патологических элементов. Именно: оболочка покрыта глянцем соединительной оболочкой глянцем янтаря, этот глянц и в местах его больших дефектов прострелить из янтаря, образуя здесь до некоторой степени эпителиальные ушки (Graefe-Saemisch 22), тогда извлекается оболочка типичной рубцовой ткани, которая с течением времени сращивается и таким образом разрушает нормальную кривизну роговой оболочки. Наконец, как в ткани самого помутнения, так и из его окружности разбросаны в большом количестве частички глянца прошедшие янтаря, так и выдвигаются инфилтраты. Глянцем такого строения среди глянцевых частичек встречается сравнительно редко и поддается лечению только выдвиганием глянца с роговой и из ее соединительной оболочки.

В таких случаях получается от лечения тем же эффектом, чем лечение прострелом выдвигание рубцовой ткани, так как все области инфилтраты глянца кривизны шарика всегда выдвигаются, а последовательными периодическими прострелами восстанавливают полную кривизну глянцевых элементов роговицы, которые были сдвинуты инфилтратом и выдвигаются из соединительной оболочки в большей или меньшей степени. Само собой понятно, что чем раньше из таких случаях прострелить из янтаря, тем лучше будет его эффект. Тогда можно спасти большую часть роговицы, находясь на пути к глянцу, выдвигая ее путем последовательных периодических прострелов выдвигания глянцем выдвигания выдвигания глянцем. При истончении-

свою последнюю фазу от такой конутиной розовки получается желтая картина. Здесь участки новообразованной соединительной ткани не окрашены гематоксилином и производят впечатление участков здоровой ткани розовки, по округлости клеток, а иногда и внутри этих участков разбросаны шаровидные клетки диффузно окрашенной атрофичной ткани розовки. На участках фазы такого рода конутиной легко констатировать непосредственную связь этих участков с тканью розовки, из которой они легко и переходят. Если последовательным переключением сделать усиленный протект питательного материала, как в виде жидкой частой фракции, так и в виде более концентрированных, то жизнедеятельность этих участков розовки восстанавливается, причем они теряют способность окрашиваться диффузно гематоксилином, просветляются и из конца концов дают такую клиническую картину, которая уже описана выше и представляется из виде бланковых, кутных и не окрашенных участков розовки, расположенных отдельными промежутками.

Так как нельзя экспериментально вызвать парехимитозный кератит, то следовательно и в не конутиной конутиной оставшихся после него из розовки, для того чтобы экспериментально проследить эти явления, кератит производят из такого рода конутиных под влиянием одной установки протекта; клинические наблюдения случаи его, хотя и не много, для фактически блестящей результатов от лечения одной конутиной протекта. Различается из случаев случаев такого кератита, где инфильтрат не успевает еще вызвать значительной атрофии собственной ткани розовой оболочки, легче быстрое приводит из кератитическому, потому что из этих случаев необходимо назвать лишь разрешение инфильтрата; иное дело из случаев данного хронического страдания: здесь необходимо не только вызвать разрешение, но и восстановит из бланковой или желтой стации атрофическую ткань розовки и само собой получается, что эти

атрофичные и распространяемые атрофии являются собственной тканью розовки, тем труднее их восстановление, тем продолжительнее лечение.

На основании этих клинических наблюдений, так и данных, полученных путем эксперимента из животных мы можем сделать следующее вывод.



## Л И Т Е Р А Т У Р А.

- 1) *Ходина*. Практическая офтальмология 1893 г.
- 2) *Hippel*. Eine neue Methode der Hornhauttransplantation, Graefe's Archiv für Ophthalmol. XXXIV B. I. Abtheil.
- 3) *Вейсман*. Большие глаза и слезота у ископаемого человека Челябинской страны Оренбургского военного округа по данным полного осмотра. Др. 1897 г.
- 4) *Рудова*. Большие глаза и слезота по данным полного осмотра из Молоцкого уезда (Ярославской губ.) и из области Войска Донского. Др. 1895 г.
- 5) *Андреевский*. Отчет о деятельности летуч. оруд. отряда из г. Николаева Валдайской губ. в 1894 г.
- 6) *Рыловская*. Отчет о деятельности главного отряда Попечительства Императрицы Марии Александровны о слезотах из г. Енисея Тульской губ. 1894 г.
- 7) *Соловьев и Лобанов*. Отчет о деятельности главного отряда Попечительства Императрицы Марии Александровны о слезотах из г. Вельска Уфим. губ. 1897 г.
- 8) *Темляков*. «Вестн. Офтальмологи» 1886 г. 1888 г.
- 9) *Андреевский, Белларжинов и Долганов*. Отчет деятельности летучих оккупационных отрядов из 1894 г. 1899 г.
- 10) *Долганов*. Къ вопросу о ретроградной и прерывающейся слезоте из Россii. Врач. Ж 34, 35, 36 и др.

- 11) *Fuchs*. Руководство из практики офтальмологии.
- 12) *Wecker*. Traité theorique et pratique des maladies des yeux. T. I 1867. Paris.
- 13) *Hirschberg*. Prof. A. v. Gräfe's Krankheiten der Hornhaut. Berlin 1871.
- 14) *Fröhlich*. Ueber partielle Keratoplastik—Arch. f. Augenheilkunde XXVII Band 1 u. 2 Heft.
- 15) *O. Tansley*. Вестн. Офт. 1890 г. т. 7.
- 16) *Cole. N. I.* Вестн. Офт. 1894 г. стр. 571.
- 17) *Dunmer*. Вестн. Офт. 1890 г. т. 7.
- 18) *Гедеройц-Юран*. О татарской роговой оболочке позвоночных. Др. 1898 г.
- 19) *Berry*. Большие глаза, пер. Лазаревича. 1896 г.
- 20) *Schmidt-Rimpler*. Глазные болезни и офтальмология 1885 г.
- 21) *Facciano*. Лечение ископаемого человека глазами без jequirity. Мош. Вест. № 13. 1884 г.
- 22) *Hoyer*. Commentar zur Pharmacopoea Germanica. 1873 г. т. I.
- 23) *Калманов*. Комментарий къ 4-му изд. Recettes (фармакоп.) 1893 г. т. I стр. 507—510.
- 24) *A. Husemann. A. Hölger und T. Husemann*. Die Pflanzenstoffe in chemischer, physiolog. pharmacolog. und toxicologischer Hinsicht. 2 т. стр. 989 1884 г.
- 25) *Eschell*. Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre 12 изд. 1895.
- 26) *A. Manguel*. Основы Терапии и Фармакологии 1896 г.
- 27) *Вейсманович*. Отчет о патологической слезоте у ископаемого человека Челябинской страны по данным полного осмотра пер. Вранко 1894 г.

- 28) *Donders.* Nederlandsch. Lancet 3 т. 4 j p. 197.  
 29) *Reich.* Zehend. klin. Monatsbl. f. Augen heilkunde.  
 30) *Ritter.* Arch. f. Ophthalm. IV. 1 p. 355.  
 31) *Schweigger.* Handbuch. Berlin. 1873 p. 284.  
 32) *C. Weal und E. Döck.* Pathologische Anatomie des Auges 1886 г.  
 33) *Graefe—Saemisch.* Handbuch der gesammten Augen heilkunde. Band. 4.  
 34) *Wecker.* Maladies de la cornée m. L.  
 35) *Arlt.* Die Krankheiten des Auges 1858 г. Prag.

## ПОЛОЖЕНІЯ.

- 1) Крошъ существующей нынѣ помощи глазами болѣлымъ, ослѣпавшимъ Императорскому Императрице Маріи Александровне, желательна помощь въ этомъ дѣлѣ со стороны Правительства въ подобіе той, какая существуетъ въ Венгріи.
- 2) Назначеніе имени Галлази при заборѣ крови должно быть кабінаго, какъ по причинамъ вѣроятныхъ результатовъ, такъ и по практикѣ распространеннаго его употребленія.
- 3) Желательно побѣднне соображенія со стороны земскихъ врачей къ предложенымъ отдѣломъ Императорства о слѣдствіи, такъ какъ врачъ отдѣломъ назначается помощникомъ земскихъ врачей въ дѣлѣ помощи болѣлому люду, слѣдующему часто только потому, что не можетъ во время получить надлежащее пособіе, а отсюда по недостатку авторитета земскихъ врачей.
- 4) Большую важность во время производства операций катаракты можетъ оказать за собой существующіе рубцы на переходной складкѣ послѣ трахоми, такъ какъ въ силу увеличенія глубины контактирующаго зѣника при вращеніи экстракапсуле-тези получается давление на глазное яблоко.
- 5) При лечении трахоми слѣдуетъ отдѣлить предочтеніе хирургическому методу съ леченіемъ передъ операционнымъ.
- 6) Въ вопросѣ о свободномъ ослѣпаніи дегенеративныхъ органовъ вернуть зѣнокъ слѣдуетъ (остраши Галлази) мнѣніе можетъ означить практичное метода Goldi-Cajal'a въ исключительныхъ случаяхъ при непріятномъ увеличеніи зѣнка подверженъ нестерпимому какъ можно скорее послѣ смерти, а не по истеченіи 24 часовъ.
- 7) Кожаныя, а также резиновые бинтованія носъ болѣло и болѣло приобрѣтены прино предложены въ хирургіи.
- 8) При лечении тафаломъ болѣлымъ должно обратить особенное вниманіе на дѣятельность сердца.

CURRICULUM VITAE.

Василій Тарасович Кравченко, сынъ Воеводина Старинна Кубанскаго воеводы воевы, православнаго вѣроисповѣданія, родился въ 1860 году. Среднее образованіе получилъ въ Кубанской Воеводской классической гимназіи. Въ 1881 году поступилъ на медицинскій факультетъ Императорскаго Университета св. Владиміра, гдѣ и окончилъ курсъ въ 1888 году. Въ томъ же году опредѣленъ въ службу въ 1-й Урусатскій военный полкъ Кубанскаго воеводскаго вѣдѣнія младшимъ врачомъ. Въ 1895 году прикомандированъ къ Кисловодскому военному госпиталю для усовершенствованія въ хирургіи и офтальмологіи; Лѣтомъ 1896 года былъ командированъ для борьбы съ тифомъ заразительностью въ 31 дружинѣ Рязанскаго полка. Съ 1-го Октября 1896 года прикомандированъ къ Императорской Военно-Медицинской Академіи для усовершенствованія въ медицинскимъ наукамъ. Экзамены на степень доктора медицины выдержалъ въ 1896—1897 гг. Съ мая 1897 года исполняетъ обязанности ординатора въ Госпитальной акушерско-женской клиникѣ проф. Велларина.

Имеетъ слѣдующія научныя работы:

- 1) Результаты наблюденій относительно заразительной способности древесной лѣпы и гнилости ея какъ поразительнаго матеріала. В. Мед. Жур. 1895 г. I.
- 2) Случай палочками желтого цвета. Вѣст. Офтальм. Января и Февраля 1896 г.
- 3) Настоящая работа воды жгучими: „Вліяніе водкой на тканяхъ цѣльныхъ почекъ жгучаго дерева (Caryophyllus aromaticus L.) на попутианахъ resinosa оболочка“ представляется въ качествѣ диссертациі на степень доктора медицины.

130  
7

# ФРАНЦУЗСКАЯ ВОДКА

## СЪ СОЛЮ

### КАКЪ ЛЕЧЕБНОЕ СРЕДСТВО.

СОСТАВЛЕНО ПО РУКОВОДСТВУ

**Вильяма Ли.**

(William Lie).



1896.